CHIRURG POLSKI

ORGAN TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK IV. Nr 3

MARZEC 1939 R.

ACECOLEX

Pasta odżywcza dla ran atonicznych, zawierająca 2% Acecoliny.

Wzmaga odżywienie tkanek i działa jako silny czynnik odnowy nabłonka.

WSKAZANIA:

WRZODY NA TLE ŻYLAKÓW
WRZODY U STARCÓW I CHORYCH NA CUKRZYCĘ
RANY TŁUCZONE I SZARPANE
RANY ZAKAŻONE
OZENA
ODMROŻENIA
ODPARZENIA
PĘKNIĘCIA SKÓRY
NIEKTÓRE ODMIANY WYPRYSKU I SCHORZEŃ SKÓRY WŁAŚCIWEJ NA TLE BAKTERYJNYM

OPAKOWANIE. TUBY PO 35 g

ESSENTIA TESTICULORUM

ELEN *hormospermin*

WSKAZANIA U MĘŻCZYZN: *niemoc płciowa, neurastenia, zaburzenia psychoseksualne*

U KOBIET: *zaburzenia okresów przejściowych oraz nieprawidłowe czynności jajników*

U WSZYSTKICH: *potężny środek tonizujący cały ustrój.*



DAWKOWANIE:
dorośli: 3 razy dziennie po ½ łyżeczki od herbaty przed jedzeniem
w okresie pokwitania: 20 do 30 kropli.

Chemiczno - farmaceutyczne zakłady przemysłowo - handlowe
L. NASIEROWSKI, *Warszawa 22, ul. Kaliska 9.*

CHIRURG POLSKI

ROK IV. WARSZAWA, MARZEC 1939 R. Nr 3

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Płk Dr T. Sokołowski.*

DOŚWIADCZENIA KLINICZNE W LECZENIU URAZOWYCH USZKODZEŃ APARATU WIĘZADŁOWEGO KOLANA ORAZ URUCHAMIANIU ZESZTYWNIAŁEGO STAWU KOLANOWEGO

podał

Dr Jerzy Szulc.

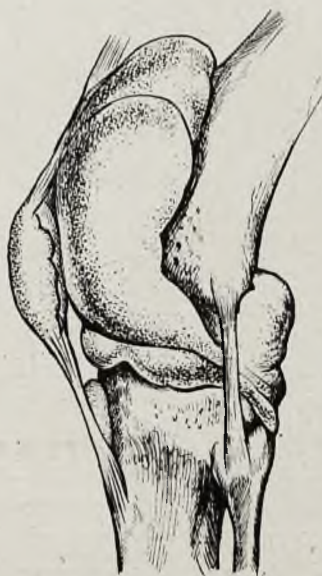
Uszkodzenia aparatu więzadłowego kolana przedstawiające się klinicznie w postaci różnorodnej, od wykręcenia (distorsio) aż do całkowitego rozdarcia, występują nieraz w postaci uszkodzeń ciężkich, które nie leczone odpowiednio prowadzą niechybnie do kalectwa.

Przeglądając materiał chorych Instytutu, obejmujący ponad 170 przypadków cięższych uszkodzeń stawu kolanowego, leczonych szpitalnie oraz kilkaset przypadków leczonych ambulatoryjnie, stwierdzić można, że całkowite rozdarcie więzadeł stawu (poza złamaniem rzepki z rozejściem się odłamków) nie należy bynajmniej do częstych uszkodzeń wśród ogólnej liczby spraw urazowych kolana. Leczenie tych stanów, o ile ma dać restitutio ad integrum, wymaga nie tylko ścisłego rozpoznania, ale i wyboru właściwego dla przypadku postępowania.

O ile w leczeniu uszkodzeń aparatu prostującego kolana, a w szczególności złamań rzepki z rozejściem się odłamków, przyjęły się już obecnie reguły leczenia operacyjnego, (por.: *Sokołowski, W sprawie zapobiegania i leczenia sztywności stawu kolanowego po złamaniu rzepki,* Chir. Pol. 11/37), o tyle w leczeniu innych uszkodzeń aparatu więzadłowego kolana przeważają jeszcze metody zachowawcze. Być może, należałoby i tutaj brać szerzej pod uwagę pierwotny operacyjny sposób leczenia, wzgl. rekonstrukcję w przypadkach zaniedbanych, jak o tym świadczą nasze spostrzeżenia.

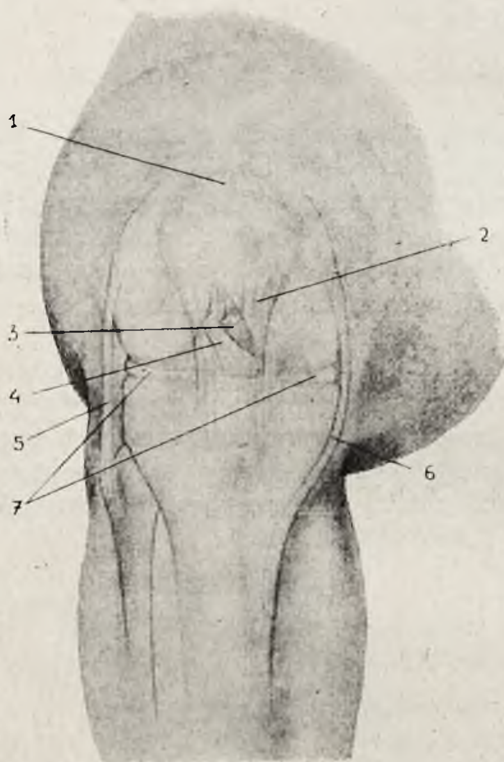
Anatomia.

Przedstawiam pokrótce w ramach omawianego tematu najważniejsze dane dotyczące budowy aparatu więzadłowego kola-



Rys. 1. Konfiguracja i przyczepy torebki stawu kolanowego po nastrzyknięciu jamy stawu, uchyłków i kaletek.

na. Konfigurację i przyczepy torebki stawowej widzimy na rys. 1. Z pośród uchyłków szczególnie ważny dla pełnego zakresu ruchów zgięcia stawu jest u c h y ł e k p r z e d n i g ó r n y, zwany nieściśle „bursa” suprapatellaris, komunikujący pełnym światłem z jamą stawu. Zachowanie światła i łatwa przesuwalność względem siebie ścian tego uchyłka warunkuje fizjologiczną przesuwalność ścięgna m. czworogłowego i rzepki względem kłykci udowych. Rys. 2 przedstawia główne wię-



Rys. 2. Aparat więzadłowy stawu kolanowego w rzucie na powierzchnię kolana w pozycji zgięcia pod kątem prostym. Widok od przodu.

zadła stawowe, tak jak się rzutują na powierzchnię stawu kolanowego w pozycji zgięcia pod kątem prostym, w jakiej je badamy klinicznie za pomocą obmacywania.

Więzadło poboczne przyśrodkowe (piszczelowe) (rys. 2^{6}) rozpoczyna się na wyniosłości nadkłykciowej przyśrodkowej k. udowej i biegnie ku dołowi, wzmacniając przyśrodkową część torebki stawowej, gdzie pozostaje w łączności z łąkotką przyśrodkową; w dalszym przebiegu, schodząc niżej, przyczepia się do kłykcia przyśrodkowego oraz powierzchni przyśrodkowej piszczela.

Więzadło poboczne boczne (strzałkowe) (rys. 2) rozpoczyna się na bocznej wyniosłości nadkłykciowej k. udowej, biegnie ku dołowi p o z a t o r e b k o w o (a zatem bez związku z łąkotką) i przyczepia się do główki k. strzałkowej. Obydwa więzadła poboczne ulegają napięciu przy prostowaniu kolana, a wiotczeją przy zgięciu (rys. 3).

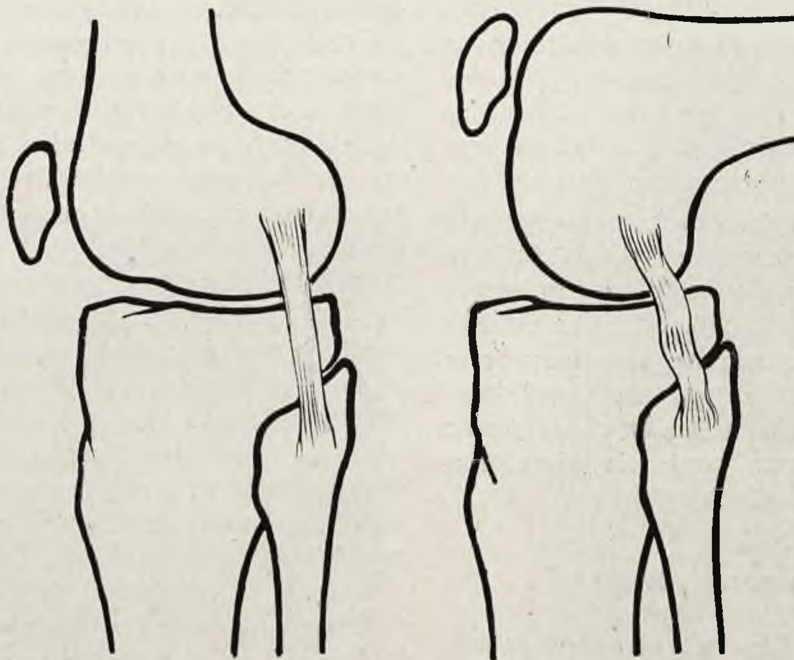
Od przodu osłania staw potężne ścięgno m. czworogłowego uda (rys. 2^{1}) z trzeszczką — rzepką. W odcinku pomiędzy wierzchołkiem rzepki a guzowatością piszczela ścięgno to nosi nazwę więzadła właściwego rzepki (rys. 2^{2}). Od głowy przyśrodkowej i bocznej m. czworogłowego zdążają ku rzepce w powięzi kolana mocniejsze pasma łącznotkankowe — retinacula patellae, dzięki czemu mm. vastus medialis i lateralis obok działania wyprostnego wykonywują nieznaczną rotację podudzia ku wewnątrz lub ku zewnątrz. Od strony jamy stawowej więzadłu rzepkowemu odpowiada fałd maziówki (plica synovialis patellaris) i dwa po bokach ułożone więzadła skrzydłowe (lig. alaria s. flava, t. zw. tłuszcz Hoffy).

Więzadło krzyżowe przednio - boczne (rys. 2^{4}) poczyna się w przednim dole międzykłykciowym piszczela, biegnie skośnie ku górze i tyłowi i przyczepia się do przyśrodkowej powierzchni kłykcia bocznego k. udowej.

Więzadło krzyżowe tylno-przyśrodkowe (rys. 2^{3}) rozpoczyna się w tylnym dole międzykłykciowym piszczela, biegnie skośnie ku górze i przodowi, krzyżując więzadło przednie od strony przyśrodkowej i przyczepia się do przedniej części po-

wierzchni bocznej kłykcia przyśrodkowego k. udowej.

Przy zgięciu kolana pod kątem prostym skręcanie podudzia ku wewnątrz powoduje częściowe zawijanie się tych więzadeł dokoła siebie. Napięcie więzadła krzyżowego przedniego jest największe przy ustawieniu kolana pod kątem około 175° *(Böhler)*. Mniejsze znaczenie posiada więzadło podkolanowe skośne (nieuwidocznione na rysunku). Pomijam również opis łąkotek stawowych.



Rys. 3. Zachowanie się więzadeł pobocznych w ustawieniu wyprostnym i zgiętym stawu kolanowego.

Ruchy zgięcia i prostowania stawu kolanowego odbywają się w granicach około 160°, zaś ruch obrotowy możliwy jest tylko po zgięciu kolana (zwolnieniu więzadeł pobocznych) i odbywa się w granicach 40° — 50°, ograniczony ku wewnątrz przez więzadła krzyżowe i częściowo poboczne, ku zewnątrz — przez więzadła poboczne i torebkę stawową.

Patologia uszkodzeń aparatu więzadłowego kolana.

Jako czynnik powodujący uszkodzenia aparatu więzadłowego kolana występuje czasem uraz bezpośredni (stłuczenie, rana), częściej uraz pośredni (wykręcenie t. j. obciążenie stawu nieprawidłowe co do wielkości sił oraz kierunku ich działania), najczęściej czynnik kombinowany.

Całkowite rozdarcie więzadeł stosunkowo rzadko jest następstwem czystego urazu bezpośredniego. Wchodzą tu w grę przede wszystkim złamania rzepki z diastazą i dość rzadkie rozdarcie więzadeł pobocznych lub więzadła właściwego rzepki w przypadkach drążących ran. Stałym następstwem urazu bezpośredniego jest stłuczenie (lub zranienie) torebki stawowej, wylew krwawy do stawu lub odczyn w postaci wysięku. Zazwyczaj mamy do czynienia w następstwie urazu bezpośredniego kolana albo stłuczenie torebki z następowym wylewem krwawym lub odczynem wysiękowym, albo sprawy pourazowe kaletek (bursitis praepatellaris itd.). Zdarza się też zwichnięcie rzepki (3 przypadki na 170).

Następstwem czystego mechanizmu wy-

kręcenia (distorsio) wraz z towarzyszącym odruchowym skurczem mięśniowym mogą być: 1) naderwanie więzadeł, które może być ograniczone co do miejsca (klinicznie wrażliwość na ucisk w określonym tylko punkcie więzadła), z towarzyszącymi objawami wylewu lub wysięku, 2) całkowite rozdarcie więzadła pobocznego lub krzyżowego, 3) uszkodzenie łąkotek, najczęściej przyśrodkowej, lub uwięźnięcie tłuszczu Hoffy, 4) pęknięcie więzadła m. czworogłowego, rzepki, więzadła właściwego rzepki, mięśnia prostego, lub rzadkie oderwanie guzowatości piszczela (może na tle usposabiającej apophysitis), 5) oderwanie przyczepów mięśni przywodzicieli na wyniosłości nadkłykciowej przyśrodkowej (b. rzadkie, w naszym materiale 1 na 170).

Najczęściej jednak bodaj w grę wchodzi mieszany mechanizm, wykręcenie plus uraz bezpośredni, jak upadek, przygniecenie, złożone karambole piłkarskie, narciarskie itd., pociągając za sobą wszelkie wymienione następstwa w najrozmaitszych kombinacjach aż do najcięższych, w postaci zwichnięcia stawu, rozdarcia więzadeł ze złamaniami śródstawowymi itd.

Rozpoznanie i leczenie.

Rozpoznanie kliniczne uszkodzeń aparatu więzadłowego kolana wymaga dokładnego i planowego badania, zawsze porównawczego dla obu kończyn (por.: *Kalina, Postępy diagnostyki urazów stawu kolanowego,* Chir. Pol. 3/36).

Wywiady pouczają nas o mechanizmie urazu i nasuwają podejrzenie co do rodzaju uszkodzeń w myśl przedstawionych wyżej możliwości. W przypadkach zastarzałych usłyszymy o chwiejności stawu, niepewności przy chodzeniu po nierównym terenie, osłabieniu prostowania.

Oglądaniem i obmacywaniem stwierdzamy otarcia, siniaki, jako dowód urazu bezpośredniego, podbiegnięcia krwawe, bolesność i obrzęk miejscowy w przypadkach rozdarcia więzadeł pobocznych, chełbocące krwiaki i zniekształcenia w miejscach uszkodzeń aparatu prostującego kolana, wreszcie obrzmienia i wypełnienie uchyłków torebki stawowej płynem w obrażeniach śródstawowych (torebka, łąkotki, więz. krzyżowe, tłuszcz Hoffy). Ponadto stwierdzić możemy zaniki mięśniowe wczesne odruchowe lub późne, jako wyraz oszczędzania kończyny, wreszcie ograniczenie ruchów.

Ograniczenie prostowania możemy stwierdzić, badając chorego w łóżku po ułożeniu obu pięt wyprostowanych równolegle kończyn na poręczy łóżka. Porównawczy niedobór prostowania lub zgięcia może być, jako t. zw. blokada prawdziwa, objawem uszkodzenia łąkotki, lub, jako t. zw. blokada bólowa, wyrazem obrony mięśniowej, np. w naderwaniach przyczepów więzadeł pobocznych. Nadmiar prostowania może wskazywać na rozluźnienie więzadeł pobocznych i krzyżowych. Objawy znamienne dla uszkodzeń poszczególnych elementów aparatu więzadłowego omówimy wspólnie z leczeniem w odnośnych dalszych rozdziałach.

Badanie rentgenowskie jest nieodzowne ze względu na różnicowanie ze złamaniem śródstawowym oraz stwierdzenie powikłań w postaci złamań z oderwania, typowych dla uszkodzeń aparatu więzadłowego. Pneumoartrografia w przypadkach świeżych nie jest wskazana, a w przypadkach starszych dostarcza danych jedynie odnośnie łąkotek.

Więzadła poboczne.

Leczenie lekkich uszkodzeń więzadeł pobocznych (distorsio), rozpoznawanych głównie na zasadzie bolesności uciskowej w obrębie ich przyczepów lub przebiegu, nie nastręcza większych kłopotów. Wcho-

dzi tu w grę przede wszystkim znane i skuteczne leczenie za pomocą wczesnych blokad polokainą lub tiodalginą, które we Francji jest obecnie już tak rozpowszechnione, że narciarze medycyny zabierają ze sobą skrzykawkę i ampułki, udając się na wycieczkę *(Braine)*. W postaciach cięższych, obok potrzebnego nieraz nakłucia opróżniającego staw, wchodzi w grę unieruchomienie, najpierw na szynie tylnej, później w tutorze, z dalszą obserwacją w kierunku innych uszkodzeń (łąkotka i td.).

Inaczej przedstawia się sprawa w razie całkowitego rozdarcia jednego z więzadeł pobocznych. Objawem znamiennym dla tych uszkodzeń jest możność wywołania ruchów bocznych podudzia przy całkowicie wyprostowanym kolanie. W tym celu, badając chorego w pozycji leżącej, ujmujemy badaną kończynę jedną ręką nachwytem ponad kolanem, drugą podchwytem w okolicy kostek i, prostując kolano, badamy równocześnie ruchy boczne. W razie obecności większej ilości płynu w stawie należy opróżnić go uprzednio przez nakłucie, gdyż rozdęty, bolesny staw nie da się nigdy całkowicie wyprostować wobec obrony mięśniowej i stąd może wyniknąć błędne stwierdzenie ruchów bocznych, zależnych wyłącznie od niecałkowitego wyprostowania stawu. Badanie jest możliwe także w postawie na „spocznij" z wyprostowaną, nieobciążoną kończyną badaną (rys. 4). Badanie ruchów bocznych winno być z reguły porównawcze obustronne. Objaw ruchu bocznego może być utrwalony na zdjęciu rtg., jeżeli utrzymamy ręcznie rozchylenie szpary stawowej podczas ekspozycji (rys. 5).



Rys. 4. Badanie ruchów bocznych kolana (układ rąk odwrotny dla uwidocznienia kolana).



Rys. 5. Zdjęcie stawu kolanowego w przypadku rozdarcia więzadła pobocznego strzałkowego, przy ręcznym utrzymaniu przywiedzenia podudzia.

Uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego (15 przyp.) spotykamy częściej niż strzałkowego (7 przyp.). Rozdarcie więzadła przyśrodkowego (piszczelowego) jest zazwyczaj uszkodzeniem wewnątrzstawowym, towarzyszy mu uszkodzenie torebki, nieraz łąkotki lub więzadeł krzyżowych, niekiedy oderwanie fragmentów kostnych w miejscu przyczepów (rys. 6). Rozdarcie więzadła bocznego może być pozastawowe, bez wylewu krwawego do stawu (5 przyp. na 7 obserwowanych). Uszkodzeniu tego więzadła towarzy-

szy nieraz chełbocący wylew pozastawowy w następstwie oderwania główki strzałki lub fragmentu kostnego udowego. Jako typowy przykład posłużyć tu może następujący przypadek:



Rys. 6. Zdjęcie stawu kolanowego w przypadku oderwania górnego przyczepu więzadła pobocznego piszczelowego.

Przyp. 1. K. W., lat 66. Przed kilkoma godzinami został chwycony przez transmisję kieratu i rzucony o ziemię tak, że obydwa podudzia wykręcone były w stronę lewą. Klinicznie: kolano prawe obrzmiałe po stronie bocznej. Podbiegnięcia krwawe i żywa bolesność uciskowa w okolicy główki k. strzałkowej oraz więzadła pobocznego strzałkowego. Wyraźny ruch boczny podudzia ku wewnątrz. Rtg. (rys. 7) złamanie główki k. strzałkowej z rozkawałkowaniem. Kolano lewe — duży krwiak wewnątrzstawowy, rozległe ruchy boczne ku zewnątrz i szufladkowe. Rtg. (rys. 7) złamanie wyniosłości międzykłykciowej piszczela, nadwichnięcie podudzia ku zewnątrz.

W każdym przypadku, gdzie rozpoznanie rozdarcia więzadła pobocznego zostało ustalone, chirurg winien odpowiedzieć na pytanie, czy leczenie zachowawcze pozwoli uzyskać restytucję w takim stopniu, jaki jest niezbędny dla danego chorego. Wiek, zawód, chęć dalszego uprawiania sportów winny być wzięte pod uwagę.

Leczenie zachowawcze może dawać zupełnie zadawalające wyniki pod warunkiem konsekwentnego unieruchomienia w tutorze gipsowym w ustawieniu prawie wyprostnym przez okres 8 — 10 tygodni, ale doraźny dobry wynik daje najpewniej pierwotne zeszycie operacyjne rozdartego więzadła. Jedynie leczenie operacyjne



Rys. 7. Zdjęcie obu stawów kolanowych. Po stronie lewej złamanie wyniosłości międzykłykciowej piszczela, nadwichnięcie boczne podudzia, rozszerzenie szpary stawowej po stronie przyśrodkowej. Po stronie prawej złamanie główki k. strzałkowej z fragmentacją.

umożliwia uzyskanie całkowitego styku strzępiastych kikutów więzadła, które, jak zaobserwowano przy zabiegach, są rozsunięte przez spory zazwyczaj krwiak. Leczenie operacyjne pozwala także na wczesne uruchomienie kolana (po 3 — 4 tygodniach) i uzyskanie zrostu więzadeł oraz wyleczenia bez rozległych zaników mięśniowych i uporczywych zesztywnień, jakie pociąga za sobą długotrwałe unieruchomienie. Jako ilustracja posłużyć mogą następujące przypadki.

Przyp. 2. B. Z., lat 54. Upadła potrącona przez motocykl, skarży się na bolesność i chwiejność stawu kolanowego prawego. Obrzmienie i blokada bólowa stawu, żywa bolesność uciskowa na górnym przyczepie więzadła pobocznego piszczelowego i zaznaczone ruchy boczne ku zewnątrz. Zdjęcie rtg. wykazuje odłamek wielkości 1-groszówki oderwany z wyniosłości nadkłykciowej przyśrodkowej i przemieszczony w kierunku szpary stawowej. W uśpieniu dożylnym odsłonięto ognisko

złamania (dr Ciszkiewicz) i odłamek odprowadzono i przyszyto na właściwe miejsce za pomocą 3 szwów jedwabnych, odtwarzając w ten sposób przyczep więzadła pobocznego piszczelowego. Po 2 tygodniach chodzenie w tutorze ze szkła wodnego. Po 2 mies. chodzi dobrze, ruchów bocznych nie ma.

Przyp. 3. I. J., lat 24. W czasie meczu piłkarskiego zderzył się z innym graczem doznając wykręcenia kolana prawego. Kolano obrzmiałe, żywo bolesne, wybitna ruchomość boczna podudzia ku zewnątrz, zaznaczone ruchy szufladkowe. Nakłucie opróżniające staw, opatrunek uciskowy, szyna. W 4-tym dniu w uśpieniu dożylnym, odsłonięto (dr Sokołowski) okolicę więzadła pobocznego piszczelowego. Odnaleziono postrzępione kikuty więzadła, usunięto rozsuwający je krwiak i zeszyto je kilkoma szwami jedwabnymi. Rychłozrost. Po 3 tygodniach chory zambulatoryzowany w tutorze gipsowym. Kontrolne badanie po 4 miesiącach; od 2 miesięcy chodzi b. dobrze, prostowanie pełne, zgięcie ponad 150°. Ruchów bocznych ani szufladkowych nie stwierdza się. Żadnych dolegliwości nie ma.

Stan mięśni obu kończyn jednakowo dobry. Zezwolono na dalszą grę w piłkę nożną.

W jednym z naszych przypadków, leczonym przed tym przez 3 miesiące gdzie indziej, wykonaliśmy późne zeszycie więzadła (bez plastyki) lecz nie uzyskaliśmy dobrego wyniku.

Przyp. 4. M. T., lat 21. Przed 3 miesiącami podczas gry w piłkę nożną doznał wykręcenia podudzia lewego. Kolano było obrzmiałe i odczuwał dotkliwy ból po stronie zewnętrznej. Przez 8 tygodni nosił tutor gipsowy, który był zmieniany 3-krotnie. Skarży się na wiotkość kolana i brak pewności przy chodzeniu. Klinicznie konfiguracja stawu prawidłowa, obrzęku, płynu, ani bolesności uciskowej nie stwierdza się. Wybitnie zaznaczony ruch boczny podudzia ku wewnątrz i szufladowy ku przodowi. W uśpieniu dożylnym odsłonięto więzadło poboczne strzałkowe, sfałdowano je w miejscu bliznowatego rozciągnięcia i zeszyto jedwabiem. Rychłozrost. Po 2 tygodniach zambulatoryzowany w tutorze gipsowym. Wezwany do kontroli po upływie roku: Chodzi nieźle, czasem miewa uczucie wykręcania się nogi w kolanie lecz obrzęków ani bolesności nie ma. Ruchy w kolanie w pełnym zakresie. Wyraźnie zaznaczone ruchy szufladkowe i boczne (rys. 8 i rys. 4). Zdjęcie rtg potwierdza istnienie ruchu bocznego ku wewnątrz (rys. 5).

Przypadek ten świadczy o tym, że dobry wynik daje tylko wczesne zeszycie, w przypadkach zastarzałych wskazany jest zabieg plastyczny. Plastyka taka może być wykonana z powięzi szerokiej uda, z parafinowanego jedwabiu, ze ścięgna m. półścięgnistego itd. *(Payr)*. Najprostsza z nich plastyka wolnym przeszczepem zwiniętym z powięzi szerokiej uda dała zupełnie dobry wynik.

Przyp. 5. S. E., lat 32. Najechany przez samochód doznał stłuczenia i wykręcenia kolana lewego. Duży krwiak śródstawowy, blokada bólowa. Ruchomość boczna podudzia ku zewnątrz. Rtg: złamanie kłykcia bocznego piszczela. Nakłucie stawu, nastawienie złamania, gips. Po 2 tygodniach wykonano plastykę więzadła pobocznego piszczelowego z wolnego przeszczepu powięzi szerokiej, pobranego z tego samego cięcia i zwiniętego w podłużne pasemko. Dalsze unieruchomienie do 8-miu tygodni w gipsie, po czym tutor do zdejmowania na dalsze 2 tygodnie. Po 4 miesiącach chodzi dobrze, dolegliwości nie ma, utrzymują się nieznaczne zaniki mięśni uda. Po 10 miesiącach chodzi b. dobrze (poluje). Ruchów bocznych, szufladkowych ani śladu. Ruchomość stawu w pełnym zakresie.

Więzadła krzyżowe.

Rozpoznanie kliniczne stopnia uszkodzenia więzadeł krzyżowych i odpowiedź na pytanie, czy jedno z tych więzadeł jest rozdarte całkowicie, może nastręczać duże trudności.

Objawem znamiennym dla uszkodzenia więzadeł krzyżowych jest możność wywołania ruchu szufladkowego podudzia do przodu (rys. 8) (uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego) lub do tyłu (uszkodz. tylnego więz. krzyż.). Objaw ten badamy przy zgięciu kolana pod kątem około 110° ze względu na występujące wówczas napięcie więzadeł krzyżowych i zwiotczenie pobocznych.

Ocena objawu szufladkowego (rys. 8) winna być oględna. Konieczne jest p o r ó w n a w c z e b a d a n i e tego objawu na kolanie zdrowym i chorym, wobec występowania słabo dodatniego objawu szufladkowego u niektórych osób z konstytucjonalnie wiotkim aparatem więzadłowym zdrowego skądinąd kolana. Dodatni objaw szufladkowy występuje także niekiedy po uszkodzeniu więzadeł pobocznych, zatem tylko zupełnie wyraźnie i jednostronnie zaznaczony objaw szufladkowy,





Rys. 8. Objaw szufladkowy przedni.

zwłaszcza ze współistnieniem objawu uszkodzenia wewnątrzstawowego (haemarthros) lub uszkodzenia wyniosłości międzykłykciowej na zdjęciu rtg., świadczy o uszkodzeniu więzadła krzyżowego. Pneumoartrografia dostarcza tutaj bardzo rzadko danych rozpoznawczych. Na materiale Instytutu uszkodzenie więzadeł krzyżowych można było rozpoznać bez zastrzeżeń zaledwie w 4-ch przypadkach na 170. Wyniki leczenia operacyjnego, czy to prób zeszycia w przypadkach świeżych, czy też plastyki w zastarzałych, jak wynika z literatury *(Goetjes, Groves, Perthes, Mandl, Payr)* nie są zbyt zachęcające. To też wobec zarówno niemożności ścisłego rozpoznania i pewnego wydzielenia uszkodzenia więzadeł krzyżowych, jako samodzielnej jednostki w przypadkach świeżych, jako też niepewnych wyników leczenia operacyjnego, stanowisko Instytutu w leczeniu uszkodzeń więzadeł krzyżowych jest z reguły konserwatywne. W przyp. świeżych unieruchomienie na 8 — 12 tygodni, w przyp. zastarzałych leczenie fizykalne lub aparat ortopedyczny. Od plastyki więz. krzyż. powstrzymujemy się nawet w przypadkach, gdzie chory zostaje zakwalifikowany do operacji ze względu na współistniejące uszkodzenie więzadła pobocznego lub łąkotki.

W stanowisku tym oprzeć się można na opinii *Payra,* który w szeroko uzasadnionym wyczerpującym studium o plastyce stawów („Gelenksteifen und Gelenkplastik" Springer 1934) twierdzi, że: „liczne przyczynki do sprawy szycia lub plastycznego odtworzenia ich (więz. krzyż.) świadczą w każdym przypadku raczej o uzyskaniu regeneratu czynnościowo niedostatecznego". Rokowanie takie, przy równoczesnym uwzględnieniu ciężkości zabiegu operacyjnego (metody Hey - Grovesa, Smitha, Puttiego, Payra) dostatecznie uzasadniają nasze stanowisko.

Aparat prostujący staw kolanowy.

Uszkodzenia aparatu prostującego st. kolanowy (m. czworogłowy, jego rozścięgno, rzepka i więzadło właściwe rzepki) należą do częstych, zwłaszcza na odcinku rzepki i jej więzadła. Objawem znamiennym tych uszkodzeń jest, w zależności od ciężkości wypadku, znaczne upośledzenie lub całkowita niemożność czynnego prostowania kolana, z równoczesnym wylewem krwawym i zniekształceniem łatwo dostępnym dla stwierdzenia. Postacie kliniczne uszkodzeń przedstawia rys. 9.

Memento!



DELBECCIN KLAWE Amp., fiolki.	Szczepionka wg Delbeta dla leczenia wstrząsowego wszelkich spraw ropnych (ropnie, ropowice, czyraki, zapalenia ropne miejscowe i t. d.)	Ekonomiczne i tanie opakowania w amp. po 1 cc., 2 cc., 4 cc., oraz fiolkach po 5 cc. i 10 cc.
OPOHEMOGEN KLAWE Płyn.	Lek krwiotwórczy, łączący działanie surowicy hemopoetycznej, żelaza, manganu i katalizatorów.	3—4 łyżki dziennie. Szczególnie wskazany w stanach niedokrwistości po zabiegach operacyjnych.
PANTIVIR KLAWE Płyn.	Antivirus wielobakteryjny wg Besredki.	Okłady, tampony, wlewania do ran i jamy otrzewnej i t. d.
METADERM KLAWE Maść.	„Antivirusowa" maść z dodatkiem witaminy D.	Przyśpiesza gojenie ran, pobudza regenerację tkanek, zwiększa miejscową odporność.
SEDALGAN KLAWE Tabl., proszek.	Diaethylo-brom-acethylourea-dimethylo-amido-antipyrin.	Środek przeciwbólowy i przeciwspastyczny.

OPOTONIN KLAWE Amp.	Połączenie wyciągów z jajnika i jąder z organicznemi związkami As, Strychniny i P w izotonicznym roztworze soli Mg.	Stimulans, tonicum, roborans opo-chemotherapeuticum. Domięśniowo i podskórnie.
OPTOCAIN KLAWE Amp.	Do znieczulenia miejscowego.	Per se i w połączeniu z epireniną (adrenaliną). Różne koncentracje i wielkości ampułek.
STAPHYLACTIN KLAWE Amp.	Atoksyczna szczepionka gronkowcowa stopniowana. Podskórnie lub domięśniowo.	Czyraki, ropnie, i wszelkie schorzenia, wywołane przez gronkowce.
STREPTACTIN KLAWE Amp.	Atoksyczna szczepionka paciorkowcowa stopniowana. Podskórnie lub domięśniowo.	Wszelkie schorzenia, wywołane przez paciorkowce.
CALCIUM GLUCON. KLAWE Amp., granulki.	Glukonian wapnia. Do wstrzykiwań domięśniowych i dożylnych. Granulki do stosowania doustnego.	Dla energicznego uwapnienia ustroju.

50%
opłacono
gotówką
DRUK



Rys. 9. a. rozdarcie głowy prostej m. czworogłowego, b. rozdarcie ścięgna m. czworogłowego tuż ponad rzepką, c. złamanie rzepki z fragmenatcją bez rozdarcia więzadła, d. złamanie rzepki z diastazą, e. złamanie rzepki z dużą diastazą i rozdarciem powięzi kolana, f. rozdarcie więzadła właściwego rzepki z oderwaniem jej wierzchołka, g. oderwanie więzadła właściwego rzepki wraz z gruzowatością piszczela, h. oderwanie w. wł. rzepki tuż nad guz. piszczela.

Są to:

1) Rozdarcie głowy prostej m. czworogłowego, uszkodzenie rzadkie, objawiające się wałowatym zgrubieniem, o szerokość dłoni powyżej rzepki, widocznym szczególnie podczas prostowania kolana, z miejscową bolesnością, podpowięziowym wylewem krwawym i upośledzeniem prostowania. Kwalifikuje się do pierwotnego zeszycia możliwie wcześnie, ze względu na przykurczanie się oderwanej głowy m. prostego (rys. 9a).

2) Rozdarcie ścięgna m. czworogłowego tuż powyżej rzepki (rys. 9b), b. rzadkie — operowano jeden tego rodzaju przypadek:

Przyp. 6. Z. K., l. 21. Przed rokiem przy woltyżerce poczuł nagły ból w kolanie prawym i miał wrażenie jakby pęknięcia czegoś. Z bólu zemdlał. Od tego czasu lekko utykał i nie mógł nogi całkowicie wyprostować. Przed tygodniem upadł i prostując gwałtownie nogę poczuł ból w tym samym kolanie. Miejscowo tuż powyżej rzepki widoczne poprzeczne wklęśnięcie szerokości 2 palców (rys. 10). Kolano zlekka obrzmiałe. Pro-



Rys. 10. Przypadek rozdarcia ściągna m. czworogłowego tuż ponad rzepką.

stowanie czynne i utrzymanie w uniesieniu wyprostowanej kończyny niemożliwe. W uśpieniu eterowym cięciem okalającym rzepkę od strony przyśrodkowej odsłonięto ognisko rozdarcia ścięgna tuż ponad rzepką i pokryto je podwójnie

złożonym przeszczepem z fascia lata pobranym z lewego uda, przyszywając przeszczep do m. czworogłowego i więzadła właściwego rzepki. 4 tygodnie unieruchomienie w szynie gipsowej tylnej, po czym masaże i ćwiczenia kolana. W 7-mym tygodniu choroby ruchy bierne w granicach 180 — 80°. Prostowanie czynne do kąta 150° przy uniesionej poziomo kończynie, zgięcie j. w. Chodzi, pozostaje jeszcze w leczeniu.

3) Złamanie (pęknięcie) rzepki bez rozejścia się odłamków, zatem bez przerwania ciągłości aparatu prostującego, dobrze znane klinicznie, leczone zwykłym unieruchomieniem (rys. 9c). Należy podkreślić, że uszkodzenie rzepki bez rozdarcia ścięgna należą do rzadkości. Nieznacznej tylko, na zdjęciu rtg., szczelinie między odłamkami, może towarzyszyć rozdarcie ścięgna m. czworogłowego. Ruchy wyprostne są w takich razach co prawda możliwe, ale uważne badanie, po ewentualnej punkcji, stwierdza w tych razach upośledzenie prostowania, szczególnie całkowitej defleksji. Dla tych przypadków leczenie operacyjne jest leczeniem z wyboru, gdyż przy leczeniu zachowawczym nieraz w miejscu uszkodzenia powstaje słaba, łącznotkankowa blizna, która grozi przy większym obciążeniu wtórnym, całkowitym rozejściem się odłamów. Przypadki takie obserwowaliśmy (np. przyp. 9).

4) Złamanie rzepki z rozejściem się odłamów i przerwaniem ciągłości ścięgna m. czworogłowego (rys. 9d). Rozpoznanie znane i łatwe, leczenie operacyjne. Istotą i celem leczenia jest nie uzyskanie zrostu kostnego rzepki, lecz r e k o n s t r u k c j a a p a r a t u p r o s t u j ą c e g o k o l a n o. Doświadczenie Instytutu wykazało, że nie jest zbyt daleką od słuszności propozycja leczenia złamań rzepki przez jej usunięcie *(Brooke, Tipett)*. Metody operacyjne, stawiające „zeszycie rzepki" jako swój cel (szew kostny, cerclage, zwłaszcza drutem) z kilkotygodniowym unieruchomieniem kolana w pozycji wyprostnej prowadzą z reguły do zesztywnień trudnych nieraz do zwalczenia. Celowo przeprowadzony zabieg polega na dokładnym zeszyciu ścięgna m. czworogłowego w jego części przedrzepkowej, a zwłaszcza po bokach rzepki oraz zeszyciu powięzi kolana w przypadkach rozległego rozdarcia (rys. 9e). Dotyczy to także otwartych złamań rzepki, o ile rana nie jest bardzo brudna lub chirurgicznie zastarzała, oczywiście po uprzednim starannym wycięciu rany. Po operacji unieruchomienie na szynie tylnej w lekkim zgięciu. Drugim kardynalnym momentem leczenia jest wczesne uruchomienie (po 2 — 3 tygodniach). Stanowisko Instytutu w tych sprawach było omawiane na łamach Chir. Pol., to też w dalsze szczegóły wdawać się nie będziemy.

5) Nie należy do rzadkich też rozdarcie więzadła właściwego rzepki, czy to przy górnym jego przyczepie, z oderwaniem wierzchołka rzepki (rys. 9f), czy to tuż ponad przyczepem dolnym do guzowatości piszczela (rys. 9g). Pęknięcie to bywa następstwem nadmiernego obciążenia stawu kolanowego w kierunku zgięcia, czasem następstwem urazu bezpośredniego z drążącą raną.

Przyp. 7. C. H., lat 30. W wypadku motocyklowym doznał rany tłuczonej okolicy podrzepkowej. Brak prostowania czynnego. Widoczne w ranie kikuty więz. właściwego rzepki. W uśpieniu eterowym ranę wycięto, więzadło dokładnie zeszyto. Rychłozrost. 3 tygodnie unieruchomienia w szynie tylnej, po czym przyrodolecznictwo. Kontrola po ½ roku: chodzi b. dobrze. Ruchy w pełnym zakresie. Siła mięśniowa prostowania dobra.

6) Oderwanie guzowatości piszczela (rys. 9h) jest b. rzadkie, rozpoznanie precyzuje zdjęcie rtg.

Leczenie wszystkich uszkodzeń z naruszeniem ciągłości aparatu prostującego st. kolanowy wymaga rekonstrukcji operacyjnej w możliwie najkrótszym czasie po urazie, wobec dużej skłonności do powiększania się rozstępu rozdarcia. Lecze-

nie zachowawcze może być usprawiedliwione jedynie istnieniem wyraźnych przeciwwskazań (stan skóry, złamania otwarte po 12 — 16 godzinach, równoczesne inne, ciężkie uszkodzenia, wstrząs).

O ile leczenie przypadków świeżych uszkodzeń aparatu prostującego kolano jest proste i wdzięczne, leczenie przypadków zastarzałych jest trudniejsze i wymaga zabiegów plastycznych.

Przyp. 8. A. L., l. 26. Po upadku na kamień doznał zranienia okolicy więzadła właściwego rzepki. Przerwanie więzadła nie zostało rozpoznane i chory przybył do Instytutu w 3 dni od wypadku z sączącą raną. Do czasu możliwego zabiegu starano się zapobiec przykurczaniu się m. czworogłowego przez ściąganie rzepki przylepcem. W 3 tygodnie po wypadku można było przystąpić do zabiegu. Odsłonięto więzadło właściwe rzepki przerwane po środku, lecz zbliżenie kikutów okazało się niewykonalne. Wobec tego wykonano plastykę więzadła płatem z powięzi szerokiej uda pobranym z osobnego cięcia. Badanie kontrolne po 2 latach wykazało całkowitą sprawność kończyny zarówno co do zakresu, jak i co do siły ruchów. (Demonstr. na posiedz. Tow. Chir. 19.IX.38).

Przypadki zastarzałego złamania rzepki z dużym rozejściem się odłamków również wymagają zabiegów plastycznych, gdyż zbliżenia odłamków nie udaje się tu osiągnąć *(Bergmann, Rotter, Kirschner, Schanz)*. W tego rodzaju przypadku b. dobry wynik czynnościowy uzyskano przez wzmocnienie rozstępu między odłamkami przy pomocy wolnego przeszczepu powięzi szerokiej uda:

Przyp. 9. K. W., lat 34. Przed 3 laty uległ złamaniu rzepki prawej bez przemieszczenia odłamów. Leczony zachowawczo, w kilka miesięcy potem ponowne złamanie (?). Rzepka została zeszyta. W okresie wyrabiania ruchów w kolanie ponowne złamanie. Ponownie był operowany. Zgłosił się do Instytutu w kilka miesięcy po ostatnim zabiegu z powodu ponownego rozejścia się odłamków rzepki i upośledzenia prostowania. Zdjęcie rtg. kolana jak na rys. 11. Wobec małych szans na powodzenie zeszycia ścięgna prostującego z uzyskaniem styku odłamów rzepki, wykonano jedynie wzmocnienie ścięgna m. czworogłowego przeszczepem z powięzi szerokiej uda. Obecnie, w 2 lata po zabiegu, ścięgno prostujące uległo dzięki wzmocnieniu takiej przebudowie, że zakres ruchów czynnych w stawie kolanowym jest prawie pełny (rys. 12), siła mięśniowa b. dobra i jedyną dolegliwością jest pewne, niebolesne zresztą, tarcie odłamów rzepki o kłykcie.



Rys. 11. Zdjęcie stawu rzekomego rzepki w przyp. 9.



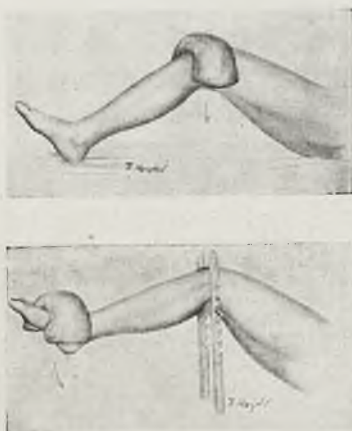


Rys. 12. Czynne zgięcie i prostowanie kolana w przyp. 9. po wykonaniu plastyki więzadła.

Przypadek ten jest przekonywującym dowodem, że dla pełnej funkcji wyprostnej st. kolanowego całość rzepki absolutnie nie jest konieczna, decydujące tu jest odtworzenie mocnego ścięgna prostującego,

zaś rzepka może tylko utrudnia leczenie i wikła sprawę, jak w tym przypadku, powodując tarcie przy przesuwaniu się i pogarszając wynik kosmetyczny. W myśl dzisiejszych naszych poglądów rzepkę należy w takich przypadkach usunąć.

Leczenie zesztywnienia stawu kolanowego. Uruchamianie st. kolanowego zesztywniałego w następstwie długotrwałego unieruchomienia odbywa się w trybie zwykłym, poza mięsieniem i ruchami czynnymi i biernymi, za pomocą obciążania woreczkiem piasku (ca 1 — 2 kg) w kierunku zginania lub prostowania (rys. 13).



Rys. 13. Łagodna redresja stawu kolanowego w kierunku prostowania i zgięcia.

Niekiedy, gdy wobec przedłużającego się unieruchomienia stawu należy go zredresować wcześniej, niż na to pozwala stan złamania, pomocny być może opatrunek



Rys. 14. Opatrunek gipsowy z zawiasami.

gipsowy pozwalający na prowadzenie ćwiczeń stawu dzięki wgipsowaniu na poziomie więzadeł pobocznych zawiasów metalowych (rys. 14).

W przypadkach opornych na zabiegi Zandera b. skutecznym zabiegiem jest redresja ręczna. Wobec wiotkich mięśni w głębokim uśpieniu podczas redresji możemy dokładnie zorientować się co do elementów anatomicznych powodujących sztywność. Zabieg ten nie jest pozbawiony ryzyka uszkodzenia aparatu anatomicznego prostującego kolano przy zwalczaniu sztywności wyprostnej, zaś przyczepów zginaczy i nerwów przy zwalczaniu kontraktury w zgięciu. W przypadkach zastarzałych, z jakimi spotykamy się w następstwie niewłaściwego leczenia, próby redresji winny być wykonywane szczególnie oględnie. Na kilkanaście pomyślnie przeprowadzonych redresji w 2-ch takich przypadkach mieliśmy do czynienia z powikłaniem. W 1-szym przypadku nastąpiło pęknięcie więzadła właściwego i dolnego brzegu rzepki po uzyskaniu zgięcia do kąta prostego; przystąpiono natychmiast do operacji, więzadło zostało zeszyte i ostatecznie uzyskana ruchomość była dobra. W 2-gim przypadku nastąpiło nadpęknięcie więzadła właściwego rzepki już po przekroczeniu kąta ca 160° i staw musiał być uruchomiony operacyjnie z usunięciem rzepki i plastyką ścięgna mięśnia czworogłowego uda przy redresji w kierunku zgięcia.



Rys. 15. Ręczna redresja stawu kolanowego w kierunku zgięcia.

Podkreślić zatem należy konieczność rozmasowywania i spychania ku dołowi palcami rzepki, zaś dłonią części nadrzepkowej ścięgna m. czworogłowego, jak to ilustruje rys. 15. B. pomocne jest także wykony-

wanie zabiegu pod kontrolą ekranu rtg., kiedy to możemy dokładnie zaobserwować przesuwalność i ewentualne „zacinanie się” rzepki, jako dowód, że osiągnięta została granica uruchomienia, możliwego przy pomocy redresji. Uzyskaną pozycję utrwalamy na 2 — 3 dni longetem gipsowym, po czym kolano uruchamiamy czynnie w granicach redresji. W dalszym leczeniu w przypadkach opornych pomocne być może wstrzykiwanie lipiodolu do jamy stawowej, nagrzewania, Zander.

Jeśli wszystkie zabiegi konserwatywne nie dają zadowalającej ruchomości, wchodzi w grę leczenie operacyjne.

Przywrócenie ruchów w zesztywnieniu wyprostnym st. kolanowego (pomijam tu zrost kostny powierzchni stawowych) opracowane zostało szczegółowo przez *Payra*. Przyczyny anatomiczne niemożności zgięcia ująć można w następujących punktach:

1) Przykurcz i zwyrodnienie włókniste m. czworogłowego. Z tego m. prosty jako dwustawowy bywa zazwyczaj najmniej zmieniony.

2) Zarośnięcie i skurczenie uchyłka nadrzepkowego torebki stawowej.

3) Przyrost rzepki do powierzchni kłykci k. udowej.

4) Utrata elastyczności i skurczenie się pasma biodrowo-piszczelowego (tractus ilio-tibialis).

Stąd i uruchomienia operacyjne zesztywniałego stawu winno według *Payra* uwzględniać następujące momenty w zależności od rozległości zmian:

1) Oddzielenie ścięgna m. prostego, jako najlepiej zachowanego, od mięśni szerokich m. czworogłowego i rozciągnięcie tego mięśnia przez zgięcie.

2) Zesunięcie na tępo ku dołowi uchyłka przedniego górnego.

3) Oddzielenie przyrośniętej rzepki.

4) Ewentualne przecięcie m. szerokiego przyśrodkowego (m. vastus medialis).

5) Przecięcie zrostów i rozciągnięcie pasma biodrowo-piszczelowego.

6) Wysokie odosobnienie m. prostego celem jego uruchomienia i przeniesienia wyłącznie na niego funkcji prostowania st. kolanowego.

Po uzyskaniu zgięcia co najmniej do kąta prostego kosztem wszystkich tych, lub tylko niektórych posunięć operacyjnych, następuje unieruchomienie stawu gipsem na przeciąg 8 — 10 dni, zaś natychmiast po zagojeniu się rany wczesne ruchy czynne i bierne oraz przyrodolecznictwo. W 2-gim — 3-cim tygodniu chodzenie.

Rozległe te i na ogół mało rozpowszechnione i wypróbowane zabiegi nie wydają się zbyt zachęcające.

Na materiale Instytutu, który wobec uważnego uwzględniania od początku leczenia, sprawy ruchomości stawów, nie posiada większego materiału tego rodzaju chorych, mieliśmy do czynienia z kilkoma zaledwie przypadkami zastarzałymi, gdzie uprzednio omówionym leczeniem nieoperacyjnym nie można było uzyskać dostatecznej ruchomości st. kolanowego.

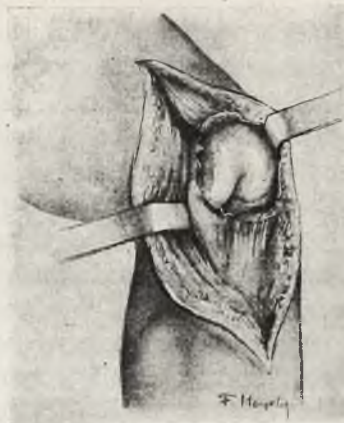
Postępowanie w tych przypadkach oparło się na spostrzeżeniach poczynionych w związku z leczeniem złamań rzepki.

Zdaniem naszym:

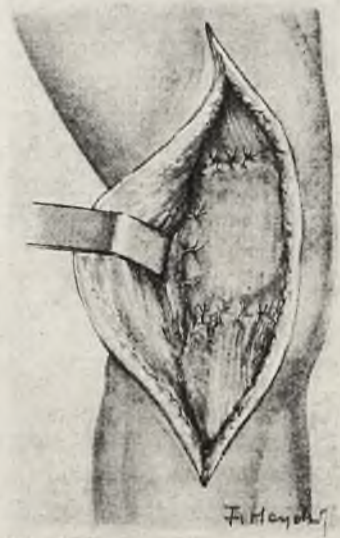
1. Obecność rzepki nie jest nieodzowna dla sprawnego funkcjonowania aparatu wyprostnego st. kolanowego.
2. Rzepka może natomiast ograniczać zgięcie w stawie, będąc przytrzymywana przez bliznowaty górny uchyłek torebki i pasma ścięgniste w powięzi kolana (retinacula patellae), odchodzące od zwyrodniałej głowy bocznej i przyśrodkowej m. czworogłowego, chociażby nawet była nieco



a



b



c

Rys. 16. Operacja uruchomienia stawu kolanowego drogą wycięcia rzepki i plastyki aparatu prostującego.

ruchoma klinicznie na boki w stosunku do kłykci udowych.

3. Działanie m. prostego uda, najlepiej zachowanego w zesztywnieniu wyprostnym kolana, można przenieść na więzadło właściwe rzepki, łącząc je za pomocą przeszczepu z rozcięgnem m. prostego.

Opierając się na tych przesłankach, w 2 przyp. dokonano usunięcia rzepki i plastyki ścięgna prostującego st. kolanowy (rys. 16 a, b, c).

Przyp. 10. B. S., lat 3. Przez ½ roku leczony był z powodu nadkłykciowego złamania k. udowej lewej, najpierw zachowawczo (poza Warszawą), później operacyjne (w Instytucie). W następstwie długotrwałego unieruchomienia sztywność kolana w ustawieniu prawie wyprostnym, oporna na wszelkie zabiegi lecznicze. W znieczuleniu ogólnem cięciem Payra (rys. 16a), odsłonięto okolicę rzepki, wycięto rzepkę i rozruszano kolano do kąta prostego (rys. 16b). Pobrano płat powięzi z uda prawego, złożono go podwójnie i wszczepiono pokrywając ubytek po rzepce i łącząc ścię-

gno m. prostego uda z więzadłem właściwym rzepki, przy zgięciu kolana pod kątem około 150°. Utrwalenie tej pozycji gipsem. Rychłozrost. Po 4 tygodniach ruchy, masaże mięśni z pominięciem stawu.

Po 2 miesiącach ruchy bierne w zakresie od 140° do 180°. Prostowanie czynne nieco mniejsze. Drogą korespondencji po 3 miesiącach dowiedziano się że chory zgina kolano lepiej i jest ze swego stanu zadowolony.

Przyp. 11. G. F., lat 54. Chora poraz 3-ci doznaje złamania rzepki. Leczona już dwukrotnie operacyjnie. Ostatnio miała upośledzone zgięcie w stawie, zaś wypadek nastąpił przy potknięciu się na schodach i gwałtownym zgięciu st. kolanowego. W znieczuleniu ogólnym, z cięcia Payra usunięto rzepkę i rozruszano staw kolanowy. W miejsce powstałego ubytku ścięgna wszczepiono podwójnie złożony płat powięzi szerokiej uda, łącząc więzadło właściwe rzepki z powięzią m. prostego uda. Kończynę unieruchomiono w szynie gipsowej tylnej na okres 4 tygodni, po czym rozpoczęto ruchy czynne i gminastyką. Po 2 miesiącach chodzi dobrze. Czynne zgięcie w kolanie do kąta prostego, prostowanie pełne. Żadnych dolegliwości nie ma.

Wnioski.

1. Obok b. częstych uszkodzeń lekkich (distorsio) aparatu więzadłowego stawu kolanowego, rzadko obserwujemy całkowite rozdarcie więzadeł stawowych, leczenie jednak tych stanów daje pomyślne wyniki tylko pod warunkiem ścisłego rozpoznania i wyboru właściwego dla przypadku postępowania.

2. Całkowite rozdarcie więzadła pobocznego piszczelowego przebiega klinicznie z objawami uszkodzenia wewnątrzstawowego (haemarthros), zaś strzałkowego często pod postacią uszkodzenia pozastawowego.

3. W leczeniu świeżych rozdarć więzadeł pobocznych dobre wyniki daje pierwotne zeszycie operacyjne. W przypadkach zastarzałych plastyka więzadła. Leczenie operacyjne ma tu przewagę nad zachowawczym. W leczeniu uszkodzeń więzadeł krzyżowych przeciwnie, leczenie zachowawcze wydaje się być bardziej racjonalne.

4. Leczenie uszkodzeń aparatu prostującego staw kolanowy winno być z reguły operacyjne, z uzyskaniem jego rekonstrukcji.

5. Rzepka nie jest niezbędna dla pełnej sprawności ruchowej stawu, natomiast w zesztywnieniu stawu może ograniczać zgięcie, utrwalając pozycję więzadła właściwego rzepki w stosunku do zwyrodniałych głów m. czworogłowego.

6. W przypadkach zesztywnienia stawu kolanowego w ustawieniu wyprostnym, nie poddającym się redresji i zabiegom mechanicznym, uruchomienie można uzyskać przez wycięcie rzepki i plastykę ścięgna prostującego staw kolanowy, jak to uzyskano w 2 przypadkach.

Z Oddziału urologicznego Państw. Szpitala we Lwowie.
Ordynator: *Prof. Dr Stanisław Laskownicki.*

CIAŁA OBCE W PĘCHERZU MOCZOWYM

podał
Dr Tadeusz Lorenz.

Z ciałami obcymi w pęcherzu moczowym spotykamy się stosunkowo często. Do pęcherza dostają się one albo z samego organizmu, albo ze świata zewnętrznego i to bądź drogą naturalną przez cewkę moczową, bądź też przez ścianę pęcherza (postrzał, rany kłute).

Do pierwszej grupy można-

by zaliczyć 1) kamienie, które zeszły z miedniczki nerkowej do pęcherza, 2) odłamki kostne dostające się do pęcherza po przebiciu ognisk ropnych z otoczenia, 3) zęby, włosy i kości z torbieli dermoidalnych *(Rejsek, Heller, Maeda)*, 4) części płodu po przebiciu do pęcherza ciąży pozamacicznej *(Grosglik, Kahn)*, wreszcie 5) resztki pokarmów, ziarnka owoców i kamienie kałowe, które przedostały się do pęcherza z przewodu pokarmowego w następstwie przebicia ropnia względnie poprzez powstałą przetokę *(Kapsamer)*.

Carsten opisuje rzadki przypadek, w którym stwierdził w pęcherzu ascaris lumbricoides, mimo że nie wykryto przetoki pęcherzowo-kiszkowej.

Inną kategorię ciał obcych, które także do pierwszej grupy zaliczyćby należało, stanowią przedostające się do pęcherza po operacjach na sąsiednich narządach gaziki, szwy, igły chirurgiczne i t. p.

Do drugiej grupy należą ciała obce, które dostały się do pęcherza od zewnątrz. Jedne z nich trafiają do pęcherza przez uszkodzenia jego ściany. Będą to wszelkiego rodzaju pociski, odłamki granatów i szrapneli oraz w przypadkach ran kłutych — odłamane części różnych przedmiotów.

Większość wszakże ciał obcych dostaje się do pęcherza przez cewkę. Będą to najrozmaitsze przedmioty podłużne, które mogą przejść przez cewkę same lub przy użyciu siły, najczęściej podczas rozmaitego rodzaju manipulacyj masturbacyjnych i nadużyć płciowych. Znajdujemy je zarówno u kobiet jak u mężczyzn.

Wśród ciał obcych, które w celach samogwałtu wprowadzane bywają do pęcherza moczowego wymienić należy różnego rodzaju igły, szpilki do włosów, ołówki, pióra, pędzle, trzonki szczoteczek do zębów, cygarniczki, kłosy, łodygi roślin, kawałki drzewa, liście, groch, fasolę, korki, gumę, kawałki wosku lub parafiny. *Paschkis* wspomina nawet o takich ciałach jak szyszki i ogórki.

Nieraz podczas zabiegów lekarskich pozostają w pęcherzu oderwane części cewników (Nelaton, Tiemann, Mercier), rozszerzadeł, główki cewników Pezzera, odłamane części instrumentów, a u kobiet także części szklannych cewników.

U kobiet spotykamy poza tym nieraz w pęcherzu igły, szpilki, patyczki i t. p. przedmioty, które celem wywołania poronienia zamiast do szyi macicy zostały przez nieświadomość wprowadzone do cewki moczowej.

Położenie ciał obcych w pęcherzu bywa rozmaite, w zależności od ich ciężaru, kształtu i wymiarów. Drobne, ciężkie ciała leżą na dnie pęcherza, lekkie (drzewo, wosk, parafina) pływają przy wypełnionym pęcherzu tuż pod jego szczytem. Ciała podłużne układają się bądź pionowo, bądź też skośnie, przeważnie jednak poprzecznie. Ostro zakończone ciała wbijają się nieraz jednym końcem w ścianę pęcherza i w ten sposób zostają unieruchomione.

Małe, okrągłe ciała obce mogą z prądem moczu wydostać się z powrotem z pęcherza, inne pozostają tam i ulegają najczęściej inkrustacji częściowej lub całkowitej, tworząc jądra powstających dokoła nich kamieni pęcherzowych. Inkrustacje te tworzą się najczęściej z fosforanów wapnia, rzadziej z moczanów i innych soli. Ciała obce o gładkiej powierzchni (szkło, wosk, parafina) inkrustują się znacznie wolniej, niż ciała o powierzchni szorstkiej.

Następstwa, jakie powodują ciała obce, zależą od rodzaju ciała i od stopnia zakażenia. Prawie w każdym przypadku występuje zapalenie pęcherza o rozmaitym stopniu nasilenia.

Nieraz przychodzi do powstawania odleżyn i miejscowej martwicy ściany pęche-

rza. Przy ciałach obcych ostro zakończonych może dojść do przebicia ściany pęcherza, do powstania ropni i zapaleń okołopęcherzowych, do zacieków moczowych, wreszcie do przetok kiszkowych lub pochwowych oraz do przebicia jamy otrzewnowej.

Niekiedy jednak pozostawanie ciała obcego w pęcherzu nawet przez czas dłuższy, nie powoduje żadnych powikłań.

Jeżeli chodzi o objawy, jakie wywołują ciała obce, to na pierwszy plan wysuwają się objawy związane z zapaleniem błony śluzowej pęcherza, a więc częste i bolesne parcie na mocz, zmętnienie moczu, krwawienie zwłaszcza końcowe, pieczenie i ból w cewce oraz bóle przy obkurczaniu się pęcherza. Przy małych, ruchomych ciałach może wystąpić nagłe zatrzymanie strumienia moczu. Nietrzymanie moczu występuje rzadko i to tylko wtedy, gdy ciało obce tkwi częściowo w cewce, częściowo zaś w pęcherzu.

Nie wszystkie ciała obce wywołują powyższe objawy. Ciała, które w sposób jałowy dostały się do pęcherza (części cewników, pociski i t. p.) nieraz przez długi okres czasu nie dają żadnych objawów, jakkolwiek mogą powodować wypadanie soli moczowych i powstawanie kamieni.

Rozpoznanie nie nastręcza większych trudności i niekiedy może być postawione tylko na podstawie wywiadów. Często jednak chorzy, wstydząc się przyznać do swych zabiegów masturbacyjnych, skierowują wywiady na fałszywe tory. Dlatego też najpewniejszym środkiem rozpoznawczym jest cystoskopia, a obok niej radiografia; dają one możność zapoznania się z jakością, wielkością i położeniem ciała obcego. Ma to duże znaczenie przy wyborze drogi, którą ciało obce mamy usunąć.

W rachubę wchodzą dwie drogi. Jedna przez otwarcie ściany pęcherza, druga przez cewkę moczową.

Ciała leżące wolno, nie wklinowane, których kształt i wielkość pozwala przypuszczać, że przejdą przez cewkę, usuwa się drogą naturalną. Ciała obce o dużych rozmiarach oraz te, które są wklinowane w ścianę pęcherza — muszą być usunięte drogą operacyjną przez otwarcie pęcherza za pomocą cięcia nadłonowego.

Do usuwania ciał obcych drogą bezkrwawą służy przede wszystkim cystoskop operacyjny, następnie przyrząd do kruszenia kamieni oraz specjalny instrument do usuwania ciał obcych podłużnych (np. ołówki), zbudowany podobnie jak lithotryptor (patrz rys. 6).

Usuwanie ciał obcych z pęcherza jest o wiele łatwiejsze u kobiet niż u mężczyzn, dzięki krótkości i rozciągliwości cewki moczowej. U kobiet po odpowiednim rozszerzeniu cewki można ciało obce usunąć nawet palcem.

Jeżeli chodzi o ciała tłuszczowe, jak wosk, parafina, stearyna — to najlepiej rozpuścić je przez wprowadzenie do pęcherza benzyny, a następnie wypłukać. Ażeby zmniejszyć powierzchnię stykania się benzyny ze ścianą pęcherza, należy najpierw wprowadzić kilkadziesiąt cm^3 jałowego płynu (woda, kwas borny) a po tym dopiero benzynę. Benzyna jako lżejsza gromadzi się na powierzchni płynu, mając tym samym możność bezpośredniego zadziałania na ciało obce unoszące się w najwyższej części pęcherza.

W oddziale urologicznym Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie spostrzegaliśmy od 1929 roku 192 przypadki ciał obcych w pęcherzu moczowym, przy czym w 159 przypadkch chodziło o kamienie pęcherzowe.

Wiek chorych wahał się od 4 do 78 lat. W ogromnej większości przypadków przeważała płeć męska. U kobiet spotykaliśmy kamienie pęcherzowe w 9 zaledwie przy-

padkach, czyli w 6%. Niemieckie statystyki podają 10%.

Jako przyczynę rzadkiego występowania kamieni pęcherzowych u kobiet należy przyjąć nie tyle własności anatomiczne samej cewki kobiecej, ile raczej brak takich czynników jak przerost gruczołu krokowego, sztywność zwieracza oraz zwężenia cewki, które u mężczyzn prowadząc do zalegania moczu, są właściwą przyczyną powstawania kamieni. U kobiet te czynniki nie wchodzą w rachubę.

Z innych ciał obcych, jakie spotykaliśmy w naszym materiale, wymienimy: oderwane główki cewników Pezzera, całe cewniki (Nelaton, Mercier) lub ich części, odłamany cewnik szklany, bougie filiforme, inkrustowane szwy, cygarniczki (kościana i szklana), ołówki, podwójne szpilki do włosów, zapinkę do włosów, kłosy zboża, kawałek trzciny, łodygę z czosnku, patyczek, kredkę rysunkową, kulki parafinowe, kulę karabinową, igłę do szycia, trzonek szczoteczki do zębów oraz termometr lekarski (rys. 1 — 5).

I w tych przypadkach przeważali mężczyźni, przeważnie w wieku dojrzałości płciowej, zarówno nieżonaci, jak żonaci. Zresztą nawet u 70-letnich starców spotykaliśmy ciała obce w pęcherzu.

Wśród kobiet ciała obce w pęcherzu spotykaliśmy u mężatek tylko wtedy, gdy starając się o wywołanie poronienia, wprowadzały je przez nieświadomość do pęcherza.

Postępowanie nasze przy usuwaniu ciał obcych było dostosowane do przypadków. Małe kamienie kruszono, większe usuwano drogą operacyjną. Ciała obce nadające się do usunięcia przez cewkę wyciągano przy pomocy cystoskopu operacyjnego lub specjalnego instrumentu do usuwania ciał podłużnych. W razie konieczności uciekano się do usuwania drogą operacyjną. Ciała tłuszczowe rozpuszczano benzyną.

Obecnie przedstawimy kilka ciekawszych historyj chorób.

P r z y p a d e k 1. Chora J. Cz., lat 23, prostytutka. Podaje, że przed 2 dniami jakiś przygodny adorator wprowadził jej do pęcherza cygarniczkę.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian. Objawy zapalenia pęcherza moczowego.

Cystostopia: błona śluzowa pęcherza silnie przekrwiona, na dnie pęcherza widać poprzecznie ułożoną szklanną cygarniczkę długości około 8 cm. (Rys. 4).

Próbowano usunąć cygarniczkę specjalnymi kleszczykami, jednak próba ta nie udała się. Wobec tego w narkozie chlorkiem etylowym usunięto cygarniczkę, posługując się przyrządem do usuwania ciał podłużnych. Część cygarniczki podczas zabiegu uległa skruszeniu i odłamki musiano usunąć ewakuatorem. Po zabiegu założono do pęcherza cewnik Pezzera. Po kilku dniach chora opuściła szpital wyleczona.

P r z y p a d e k 2. Chora W. K., lat 35, zamężna. Przed 10 dniami przypuszczając, że zaszła w ciążę i chcąc wywołać poronienie, wprowadziła sobie patyk, który jednak zamiast do macicy wszedł do pęcherza i tam pozostał. Po kilku dniach chora zgłosiła się do szpitala na prowincji. Po nieudanej próbie usunięcia ciała obcego skierowano chorą do szpitala lwowskiego.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz mętny z domieszką krwi.

Cystoskopia: pojemność pęcherza około 50 cm^3. Błona śluzowa pęcherza znacznie przekrwiona, obrzękła. Stwierdza się patyk długości około 10 cm, położony poprzecznie, jednym końcem wklinowany w ścianę pęcherza (Ryc. 4). Cystoskopem operacyjnym usunięto go z pęcherza. Założono cewnik Pezzera. Dwa razy dziennie płukania pęcherza. Po 5 dniach chora opuszcza szpital wyleczona.

P r z y p a d e k 3. Chory B. L., lat 26, kawaler. Przed dwoma tygodniami wprowadził sobie do cewki — rzekomo dlatego ponieważ nie mógł sam oddać moczu — pałeczkę z parafiny, która następnie wpadła do pęcherza.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian, mocz mętny.

Cystoskopia: pojemność pęcherza zmniejszona, błona śluzowa przekrwiona, miejscami wybroczyny i naloty włóknikowe. W szczycie pęcherza pływa kulka parafinowa wielkości dużej fasoli, na powierzchni częściowo inkrustowana.

Wprowadzono do pęcherza 20 cm^3 benzyny i pozostawiono przez 15 minut. Na drugi dzień kontrola. Obraz cystoskopowy bez zmian. Próba usunięcia ciała obcego instrumentem nie udaje się. Wprowadzono ponownie benzynę do pęcherza, którą chory zatrzymał w pęcherzu przez 2 godziny. Nazajutrz badaniem cystoskopowym nie stwierdzono ciała obcego w pęcherzu.

W innym analogicznym przypadku usunięto inkrustowaną kulkę parafinową lithotryptorem.

P r z y p a d e k 4. Chory D. K., lat 20, kawaler. Przed 3 tygodniami włożył sobie do cewki moczowej kredkę rysunkową, która następnie dostała się do pęcherza. Od tego czasu ma parcie i pieczenie podczas oddawania moczu.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz mętny.

Cystoskopia: błona śluzowa pęcherza przekrwiona, rozpulchniona, na dnie pęcherza widoczny kamień wielkości śliwki. Zdjęcie rentgenowskie wykazało dobrze wysycony cień kształtu owalnego, wielkości śliwki.

W znieczuleniu miejscowym, cięciem nadłonowym otworzono pęcherz i usunięto owalny, płaski kamień o wymiarach 4 × 3 × 1 cm. Na poprzecznym przekroju kamienia widoczne są dwie brązowe kredki (rys. 2). Po trzech tygodniach chory opuścił szpital wyleczony.

W tym przypadku wprowadzona kredka uległa w pęcherzu złamaniu na dwie części i na nich w krótkim stosunkowo czasie (4 tygodnie) wytworzył się kamień fosforanowy.

P r z y p a d e k 5. Chory W. I., lat 32, kawaler. Na wojnie w 1916 roku postrzelony w okolicę lewego biodra. Na 10 dni przed przyjęciem do szpitala wystąpiło nagłe zatrzymanie moczu; towarzyszyło temu uczucie zatkania cewki moczowej jakimś ciałem obcym. W moczu pojawiła się krew. Stopniowo bolesność i krwawienie ustąpiły.

Stan obecny: w płucu prawym stare zmiany gruźlicze, inne narządy bez zmian.

Zdjęcie przeglądowe pęcherza wykazało na wysokości spojenia łonowego kulę karabinową.

Cystoskopia: błona śluzowa w zakresie trigonum przekrwiona, z pojedyńczymi wybroczynami. Na dnie pęcherza widoczna kula karabinowa (rys. 3).

Specjalnym przyrządem usunięto kulę drogą naturalną przez cewkę moczową.

P r z y p a d e k 6. Chory O. P., lat 61, żonaty. Przed 4 dniami w celach onanistycznych wprowadził sobie do cewki kłos ze źdźbłem. Nie mogąc go następnie usunąć, wprowadził go jeszcze głębiej, tak że kłos znikł w cewce. Od tego czasu ma ból przy oddawaniu moczu i nieznaczne krwawienie.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz lekko krwawy. Cystoskopowo stwierdzono w pęcherzu obecność kłosa.

Za pomocą szczypczyków do ciał obcych wyjęto kłos z pęcherza.

P r z y p a d e k 7. Chory Ch. J., lat 19, kawaler. Przed 12 dniami wprowadził sobie do cewki moczowej w celach masturbacyjnych igłę do szycia. Lekarz na prowincji stwierdził przy pomocy zgłębnika obecność igły w cewce i skierował chorego do Lwowa.

Zdjęcie rentgenowskie wykazało cień igły w linii środkowej ciała pomiędzy kośćmi łonowymi, na wysokości ich dolnej połowy.

Badanie cewki moczowej uretroskopem wykazało w tylnej jej części obecność obrzęku i pseudopapillomatów, wywołanych niewątpliwie obecnością igły w cewce. Samej igły jednak w cewce nie znaleziono.

Badaniem cystoskopowym stwierdzono igłę w pęcherzu. Prawdopodobnie podczas uretroskopii została ona wepchnięta do pęcherza. Przy pomocy cystoskopu operacyjnego wyjęto ją kleszczykami. Po 2 dniach chory opuścił szpital.

P r z y p a d e k 8. Chora Sz. K., lat 18, zamężna. Podaje, że przed 8 dniami wprowadziła sobie do pęcherza szpilkę do włosów.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian, mocz mętnawy. Cystoskopowo stwierdzono w pęcherzu obecność trzonka szczoteczki do zębów, który następnie za pomocą specjalnego przyrządu usunięto.

P r z y p a d e k 9. Chory B. L., lat 70, wdowiec. Przed 2 dniami wprowadził sobie do cewki w celach onanistycznych termometr lekarski. Obecnie gorączkuje, ma trudności i bóle przy oddawaniu moczu.

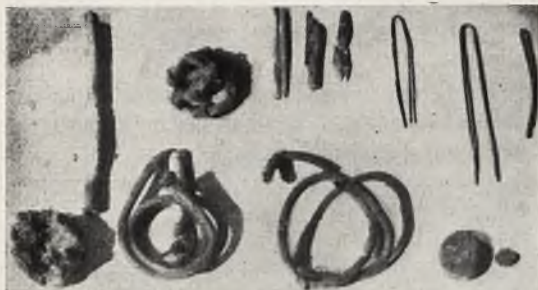
Badaniem per rectum wyczuwa się w tylnej części cewki obecność podłużnego ciała obcego. Zdjęcie rtg vide rys. 5.

W narkozie dożylnej sennarkolem przez cięcie nadłonowe usunięto z pęcherza termometr lekarski długości 15 cm, szerokości 1 cm (rys. 4). Termometr wskazywał temperaturę 39,4°.

Wobec stwierdzonego powiększenia gruczołu krokowego założono do pęcherza cewnik Pezzera.

Przebieg pooperacyjny powikłany został wytworzeniem się ropnia worka mosznowego, który następnie nacięto i zdrenowano.

Na koniec przytoczę jeszcze jeden przypadek



Rys. 1. Trzcina długości 13 cm, szer. 1 cm, częściowo inkrustowana. — Zwinięty gazik — Ołówek rozklejony na dwie części. — Podwójne szpilki do włosów. — Zapinka do włosów. — Gazik. — Cewnik Pezzera. — Cewnik Merciera. — Kamienie szczawianowe.



Rys. 4. Kamienie. — Termometr lekarski. — Cygarniczka kościana. — Kłos żyta. — Gazik. — Cygarniczka szklana, częściowo skruszona. — Patyk inkrustowany. — Bougie filiforme.



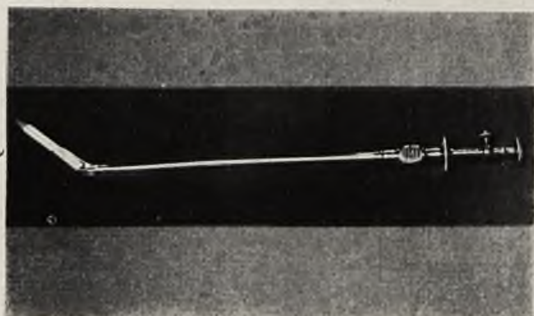
Rys. 2. Kamień wytworzony na przełamanej kredce rysunkowej. — Szereg kamieni różnego rodzaju (moczanowe, szczawianowe, fosforanowe).



Rys. 5. Zdjęcie rtg. (Termometr in situ).



Rys. 3. Dwa duże kamienie fosforanowe, usunięte z jednego pęcherza. (Na jednym kamieniu widać wklęsłą powierzchnię szlifu). — Kula karabinowa (rosyjska) — Kamienie fosforanowe. Drugi szereg: Kamień moczowy. — Kamienie fosforanowe w kształcie sześcianów i piramid trójkątnych, usunięte z jednego pęcherza. — Pierścień kauczukowy. — Oderwane główki cewników Pezzera.



Rys. 6. Instrument do usuwania ciał podłużnych.

ciekawy z tego względu, że pęcherz moczowy był dosłownie cały wypełniony kamieniami.

P r z y p a d e k 10. Chory Sch. A., lat 78. Przed 4 laty zauważył, że mocz jest mętny, czasami zaś krwawy. Od roku ma parcie na mocz i odchodzą drobne kamyczki.

Stan obecny: narządy wewnętrzne odpowiednie wiekowi. Mocz silnie mętny. Gruczoł krokowy powiększony, gładki, elastyczny. Przy badaniu oburącz wyczuwa się jakby chrzęst w pęcherzu. Przy wprowadzeniu cewnika wyczuwa się jakiś opór. Zdjęcie przeglądowe wykazało w miejscu pęcherza bardzo słabo wysycone cienie, mogące zdaniem rentgenologa odpowiadać raczej kamieniom kałowym.

W znieczuleniu miejscowym przez cięcie nadłonowe otworzono pęcherz i usunięto zeń 160 kamyczków fosforanowych różnej wielkości (rys. 3). Założono cewnik Pezzera.

Po zabiegu chory źle się czuje, stan jego z dnia na dzień się pogarsza i piątego dnia po operacji umiera wśród objawów mocznicy.

PIŚMIENNICTWO.

Bibus: Blasensteine bei Frauen. Zschr. f. Urol. Bd. 32, 1938. *Boss:* Fremdkörper der Harnblase. Zschr. f. Urol. Chir., Bd. 34, 1932. *Carsten:* Ascaris lumbricoides in der Blase. Dtsch. med. Wschr. Jg. 53, 1927. *Lichtenberg:* Handbuch der Urologie. Bd. V. *Leńko:* Pokaz ciał obcych w pęcherzu. Lwowski Tyg. Lek., nr 50, 1912. *Minder:* Fremdkörper in der Blase. Zschr. f. Urol. Chir., Bd. 40, 1935. *Motz:* Ciała obce w pęcherzu moczowym. Pol. Przegl. Chir., t. XVII, 1938. *Wildbolz:* Lehrbuch der Urologie. 1934.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Aus der Urologischen Abteilung des Staatskrankenhauses in Lwów.
Leiter: *Prof. Dr Stanisław Laskownicki.*

Fremdkörper in der Harnblase

von

Dr J. Lorenz.

In den letzten 10 Jahren wurden im Staatskrankenhause Lwów 192 Fälle mit Fremdkörpern in der Harnblase behandelt. In 159 Fälle handelte es sich um Blasensteine, in den anderen Fällen um Katheterteile, inkrustierte Nähte, Cigarettenmundstücke, Bleistifte, Haarnadeln, Getreideähren, Gewehrkugel, Zahnbürste, Fieberthermometer u. s. w.

Es handelt sich um Kranke im Alter von 4 — 78 Jahren, hauptsächlich männlichen Geschlechtes.

Die Behandlung war den Fällen angepasst.

Kleine Steine wurden zertrümmert, grössere wurden operativ entfernt. Andere Fremdkörper wurden durch die Harnröhre, mittels eines Spezialinstrumentes entfernt. Fettkörper wurden in Benzin aufgelöst. 10 besonders interessante Fälle vom Verfasser selbst beobachtet, werden genauer besprochen.

Z II Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. Piłsudskiego.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU I POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE W SCHORZENIACH TARCZYCY Z NADCZYNNOŚCIĄ

podali

A. Galewski i St. Tokarski.

Dawniej, przed 1920 r. śmiertelność po zabiegach na gruczole tarczowym w chorobie Basedowa wynosiła do 20%. Dzisiejsze sposoby przygotowywania do zabiegu pozwalają niejednokrotnie obniżyć śmiertelność do 1—3%. Duży nacisk kładzie się obecnie na to, by chory przygotowany był do zabiegu w zakładzie chirurgicznym, a nie wewnętrznym, jak to dawniej często bywało. Statystyka Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Giessen z r. 1938 wykazuje, że śmiertelność w grupie chorych, którzy byli przygotowani do zabiegu w Klinice wynosiła 2 — 5%, natomiast w grupie chorych, którzy byli przygotowani do zabiegu ambulatoryjnie lub w oddziałach wewnętrznych — około 50%. W Klinice tej główny nacisk położono na podawanie jodu i poprawienie układu krążenia za pomocą naparstnicy. Jak widać jednak z piśmiennictwa, samo tylko podawanie jodu i naparstnicy przed zabiegiem nie wystarcza. Wysuwa się sprawę odpowiedniego żywienia chorego przed i po operacji oraz podawania mu witamin. Dużą też wagę przywiązuje się do zapewnienia choremu przed operacją spokoju psychicznego. Zwraca się wreszcie uwagę na wybór momentu oraz rodzaju operacji.

Klinika nasza zajmuje się od roku opracowywaniem form i schematów dietetycznych w chirurgii, co ściśle się wiąże ze sprawą możliwie dobrego przygotowania chorego na Basedowa do operacji. Obecnie podajemy na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia jak to przygotowanie powinno wyglądać.

Przed omówieniem samego przygotowania do zabiegu operacyjnego, wspomnimy o wskazaniach do operacji, których trzymamy się w naszej Klinice.

W s k a z a n i a d o o p e r a c j i w nadczynności tarczycy stanowią: 1) tyreotoksykoza z wolem, przebiegająca bardzo ciężko i gwałtownie, 2) tyreotoksykoza bardziej przewlekła, nie ustępująca pod wpływem leczenia zachowawczego w ciągu 2—3 miesięcy, 3) zaburzenia sercowe, jak niemiarowość zupełna, 4) objawy uciśnięcia tchawicy przez powiększoną tarczycę, 5) uszkodzenie wątroby, o ile nie należy do wyjątkowo ciężkich, objawiające się wzmożonym wydzielaniem urobiliny z moczem, wreszcie 6) hypertyreoza u chorych, u których długie leczenie zachowawcze jest niemożliwe ze względów społecznych. Ciąża, cukrzyca oraz cukromocz przejściowy nie stanowią przeciwwskazań do zabiegu pod warunkiem usunięcia hyperglikemii i cukromoczu przed zabiegiem drogą podawania insuliny i odpowiedniej diety. Przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego stanowić będą natomiast przypadki: 1) gruźlicy, 2) stanów grasiczo-chłonnych, 3) postaci Basedowa bardzo ciężkie ze znacznym wychudzeniem, w których podstawowa przemiana materii przekracza 100%, 4) przypadki przebiegające z niedomogą nerek albo ciężkim schorzeniem krwi, 5) powikłanie psychozą lub padaczką, wreszcie 6) zapalenie wsierdzia, świeży zawał wieńcowy oraz ciężkie wady serca w okresie niewyrównania.

Nie wytrzymuje krytyki stanowisko, iż

poniżej pewnego poziomu metabolizmu należy stosować leczenie zachowawcze, powyżej zaś — drogę operacyjną. W rokowaniu olbrzymią rolę odgrywa czas trwania zatrucia, zatrucie bowiem niedużego stopnia, lecz długotrwałe sprawia niekiedy większą szkodę choremu, niż zatrucie duże, lecz krótkotrwałe. Jako wskaźnik rokowania może służyć do pewnego stopnia zachowanie się krzywej przemiany podstawowej pod wpływem podawania jodu. Jeżeli ustrój dobrze reaguje na podawanie jodu, wówczas wynik najczęściej bywa dobry.

Przygotowanie chorego do operacji winno mieć na względzie: 1) zapewnienie spokoju psychicznego, 2) podawanie jodu, 3) żywienie przedoperacyjne z uwzględnieniem podawania witamin, 4) układ krążenia, 5) wybór momentu i rodzaju operacji.

I. Przygotowanie psychiczne.

Sprawa przygotowania psychicznego była poruszana niejednokrotnie przez wielu autorów. Wszyscy zgodnie podkreślają, że dobry nastrój psychiczny chorego jest niezbędnym warunkiem pomyślnego przebiegu operacji i dobrego wyniku. Z polskich autorów *Wertheim* radzi ukrywać przed chorym dzień operacji, *Zaorski* odseparowuje ich w oddzielnych pokojach, *Radliński* zaleca w dniu operacji wlewkę awertynową w pokoju przygotowawczym, aby chory nie wiedział, że operacja ma być wykonana. W naszej klinice tego rodzaju przygotowywanie chorych nie jest stosowane, po części dlatego, że operacji dokonywamy z reguły w znieczuleniu miejscowym albo przewodowym, po części dlatego, że nie posiadamy separatek. Aby utrzymać nastrój chorych przed operacją na właściwym poziomie podajemy im przetwory bromowe i luminal.

II. Podawanie jodu.

Jod podajemy w postaci płynu Lugola (jodi 5,0, kalii jodati 10,0, aq. destillat. 100,0). Ponieważ nie posiadamy wskazówek, jak dany przypadek odpowie na ten środek, posługujemy się dawkami małymi, mianowicie podajemy 10 kropel rozczynu Lugola dziennie, powoli zwiększając dawkę dzienną do 30 kropel. Szczególnie małe dawki stosujemy w ciężkich postaciach toksycznych. Zwykle już w krótkim czasie objawy nerwowe uspakajają się, częstoskurcz znika, podstawowa przemiana materii ulega obniżeniu, limfocytoza we krwi spada, chorym przybywa na wadze. Te ostatnie objawy zazwyczaj pozwalają nam decydować, kiedy jest najlepszy moment do wykonania operacji. Okres podawania jodu zwykle trwa około dwóch tygodni. Leczenie przygotowawcze jodem przynosi szkodę wówczas, gdy jest przeprowadzane w sposób niewłaściwy, jak np.: zbyt duże dawki, zbyt długotrwałe podawanie jodu (ponad 4 — 5 tygodni). Przypomnieć należy, że nagłe przerwania podawania jodu bez następczej operacji powoduje niejednokrotnie wystąpienie przełomu Basedowalnego, polegającego na wzmożeniu przemiany podstawawej i pogorszeniu się objawów chorobowych. Dodać należy, że około 20% przypadków hypertyreozy na podawanie jodu jest niewrażliwe.

W pewnych przypadkach spotykamy się z przeciwwskazaniem do podawania jodu w okresie przedoperacyjnym. Małą przydatność jodu stwierdza się u chorych młodocianych. Najlepsze wyniki otrzymuje się u chorych w wieku od 30 — 40 lat. Na osobników z dużym wychudzeniem jod działa szkodliwie. U pewnej kategorii chorych, u których zwłaszcza były już kiedykolwiek objawy zatrucia jodem na skutek jego podawania, zatrucie to występuje od razu; objawy takie mówią o niebezpieczeń-

stwie dalszego podawania jodu. Podawanie jodu jest przeciwwskazane poza tym w gruźlicy płuc, niezależnie od postaci i okresu tego cierpienia oraz w sprawach nerkowych — nefrytycznych lub nefrotycznych, natomiast nie jest przeciwwskazane w ciąży, cukrzycy i w cukromoczu przejściowym.

III. Żywienie przedoperacyjne i witaminy.

Chorym z nadtarczycznością zaleca się podawać w okresie przedoperacyjnym odpowiednią dietę. Nadmiar białka nie jest wskazany, gdyż białko przez swoje wartości swoiście dynamiczne wywiera wpływ niekorzystny, wzmagając i tak już zwiększoną przemianę materii. Nie wszystkie jednak rodzaje białka zachowują się pod tym względem jednakowo. Pokarmy białkowe roślinne oraz białko mleka, jaj, śmietany, twarogu i sera lepiej jest znoszone w nadtarczyczności, niż mięso. Węglowodany należy podawać w dużych ilościach w postaci chleba, ziemniaków, potraw mącznych, jarzyn i owoców. Obfitość węglowodanów w pożywieniu jest czynnikiem korzystnym, przeciwdziała bowiem wywołanemu przez nadmiar hormonu tarczycowego zubożeniu wątroby i mięśni w glikogen. Korzystna jest również obfitość tłuszczów w postaci masła, słoniny, oliwy, migdałów, orzechów itp. środków, które według *Abderhaldena* w dużej mierze wywierają działanie przeciwtarczycowe.

W przypadkach przebiegających z wychudzeniem wskazana jest dieta tucząca, natomiast u bazedowików otyłych dieta winna zmierzać do uzyskania spadku wagi.

Od pewnego czasu mnożą się spostrzeżenia dotyczące leczenia nadtarczyczności przy pomocy niektórych witamin, zwłaszcza A i C.

W gnilcu (awitaminoza C) stwierdzono wzrost podstawowej przemiany materii oraz zwiększenie zawartości jodu we krwi. U morskich świnek pozbawionych dowozu witaminy C, dochodzi do przerostu tarczycy, po wycięciu zaś tego gruczołu zwiększa się u tych zwierząt zawartość kwasu askorbinowego w wątrobie. Dowóz zaś tego kwasu zobojętnia działanie tyroksyny, powodując spadek podstawowej przemiany materii oraz zmniejszenie jodu we krwi.

Loehr stosując witaminę C w 75 przypadkach uzyskał dodatnie wyniki w 50% przypadków (zwiększenie wagi, obniżenie jodu we krwi, poprawę samopoczucia).

Ponieważ w nadtarczyczności zużycie węglowodanów przekracza wartości prawidłowe z powodu obfitości węglowodanów w pożywieniu, jako też wzmożonej przemiany materii, niezbędny byłby także dowóz witaminy B. Zapotrzebowanie bowiem ustroju na tę witaminę wzrasta wraz ze zwiększeniem zużycia węglowodanów.

Od niedawna znany jest antagonizm pomiędzy witaminą A i hormonem tarczycy. Tyroksyna hamuje działanie witaminy A. Doświadczenia wykazują, że kozy, którym usunięto tarczycę, nie przetwarzają karotenu w witaminę A i dają mleko nie białe, lecz żółte. W chorobie Basedowa ze znacznym wzrostem przemiany materii stwierdzono w surowicy krwi wielokrotnie zupełny brak witaminy A. Po uprzednim leczeniu jodem i następowym wycięciu tarczycy poziom witaminy A wzrasta z powrotem. Wynika z tego, że wzmożona czynność tarczycy wymaga zwiększonego zużycia witaminy A. W stanach nadtarczyczności niejednokrotnie obserwowano znaczne obniżenie przemiany podstawowej oraz jodu we krwi jedynie pod wpływem podawania witaminy A.

Biorąc te wszystkie dane, dotyczące witamin i przemiany materii, należy dietę tak ułożyć, aby zapewnić dowóz witaminy A i C. Dieta wygląda więc następu-

jąco: chory otrzymuje dziennie 1 — 2 litrów mleka, 100 gramów masła, 200 gramów marchwi lub zielonej sałaty, 50 gramów ziemniaków, pieczywo, przetwory mączne, 2 pomarańcze, 2 — 3 jaja. W ten sposób dostarczamy odpowiednich witamin w ilości czterokrotnie przekraczających prawidłowe zapotrzebowanie, mianowicie 20 mg dziennie witaminy A — zamiast 5 mg i 150 witaminy C — zamiast 50 mg.

W schorzeniach tarczycy najważniejsze jest podawanie witaminy A, więc też w niektórych przypadkach, jeżeli nie można dostarczyć jej w odpowiedniej ilości w pokarmach, wypada podawać gotowe preparaty witaminy A w okresie przedoperacyjnym, w dniu operacji, a nawet w okresie pooperacyjnym (Cresavit Spiessa lub Vogan Bayera).

W przypadkach nadczynności tarczycy powikłanej cukrzycą należy dietę w okresie przedoperacyjnym układać w zależności od wagi ciała. U osobników z prawidłową lub zwiększoną wagą ciała wskazana bywa dieta ubogo-ciepłostkowa, składająca się z 200 g węglowodanów, 35 g białka i tyluż tłuszczu = 1450 ciepłostek (3 bułki, 1 jajko, 70 g kaszy, 200 g ziemniaków, 100 cm^3 mleka, 40 g masła, 2 kostki cukru, 150 g jabłek, 500 g jarzyn), poza tym 15 lub więcej jednostek insuliny dziennie (z rana 10 i wieczorem 5 jednostek). Gdy cukier w moczu znika, można przystąpić do zabiegu, podając przed samą operacją 20 cm^3 20% glukozy dożylnie oraz 10 jednostek insuliny podskórnie. Sposób ten stosowaliśmy kilka razy z bardzo dobrym wynikiem.

W przypadkach ze zmniejszoną wagą ciała należy stosować dietę bogato-ciepłostkową z odpowiednimi dawkami insuliny.

W przypadkach wyraźnej niedomogi wątroby (zjawianie się urobilinogenu w moczu) wskazana jest przed zabiegiem operacyjnym dieta węglowodanowa ze średnią ilością tłuszczów (60 g na dobę), z podaniem przy tym 10 — 15 jednostek insuliny podskórnie oraz 20 cm^3 20% glukozy dożylnie. Postępowanie takie ma umożliwić odkładanie się w wątrobie glikogenu, którego w przypadkach nadtarczyczności w wątrobie jest zwykle bardzo mało.

Biegunki spowodowane nadczynnością tarczycy lepiej zwalczać nie dietą, lecz pankreonem.

IV. Układ krążenia.

Przypadki przebiegające z wyrównaną wadą serca, w których podstawowa przemiana materii jest zwiększona o 15% albo mniej, nie wymagają specjalnego przygotowania nasercowego.

W przypadkach średnich oraz ciężkich (p. p. m. zwiększona o 30% lub więcej) wskazane są przetwory naparstnicy w ciągu kilku dni przed zabiegiem. W okresie przedoperacyjnym w razie migotania przedsionków nie zaleca się chinidyny, ponieważ uszkadza ona mięsień sercowy. Stwierdzono klinicznie, iż efekt działania naparstnicy jest lepszy po uprzednim stosowaniu jodu.

Doświadczenie kliniczne uczy, że osobnicy z niedomykalnością zastawki dwudzielnej znoszą zabieg zupełnie dobrze, z niedomykalnością tętnicy głównej znoszą zabieg gorzej, natomiast ze zwężeniem zastawki tejże tętnicy znoszą zabieg bardzo źle i wymagają dłuższego okresu przygotowawczego. Wyjątkowo źle znoszą zabieg osobnicy dotknięci *mesaortitis luetica* z niedomykalnością zastawki tętnicy głównej lub bez niej. Złe ukrwienie mięśnia sercowego często doprowadza do nagłego zejścia śmiertelnego po zabiegu. Zmiany w sercu objawiające się przyspieszeniem i niemiarowością tętna pod wpływem nadmiernej wydzieliny tarczycy, stanowią wskazanie do zabiegu chirurgicznego. Mi-

gotanie przedsionków ustępujące mniej łatwo pod wpływem leczenia farmakologicznego, zniknąć może po zabiegu. Serce chorych z nadtarczycznością często jest odporne na przetwory naparstnicy, które nie mają wyraźnego wpływu na migotanie przedsionków, zwalniając tylko nieznacznie tętno chorych. Serce tyreotoksyczne może wykazać na elektrokardiogramie powiększenie załamka P oraz wysokie wychylenie T, jako wyraz przewagi sympatykotonii. W ciężkich przypadkach tyreotoksykozy, przebiegającej z ciężkim uszkodzeniem mięśnia sercowego stwierdzić można poza tym na EKG migotanie przedsionków oraz obniżenie się załamka T. Powyższe zmiany nie stanowią jednak przeciwwskazań do zabiegu.

V. Wybór momentu i rodzaju operacji.

Wybór momentu operacji należy oprzeć na danych wyżej już omówionych. Co się tyczy wyboru rodzaju operacji, to najbardziej idealnym wydaje się zawsze wycięcie częściowe tarczycy z podwiązaniem wszystkich naczyń, jednakże nie zawsze daje się to osiągnąć. W przypadkach, w których stan chorego jest cięższy, wypada poprzestać na podwiązaniu naczyń, lub też jednostronnej resekcji tarczycy z podwiązaniem naczyń po drugiej stronie. Zabieg często należy wykonać w dwóch etapach.

Postępowanie w dniu operacji.

W dniu operacji należy podawać 80 - 100 kropel rozczynu Lugola w mleku, 10 kropel nalewki makowca do kiszki prostej, poza tym pantopon.

Celem szybszego wydalenia substancji trujących należy wstrzyknąć tuż po operacji 1 — 1½ litra roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Przy chwiejnym tętnie podać 50 — 60 cm³ 20% cukru gronowego dożylnie. Zwykle wskazana bywa także i witamina A, o czym już wyżej wspominaliśmy.

Postępowanie dietetyczne po zabiegu.

W ciągu pierwszych 3 — 4 dni zaleca się dietę węglowodanową płynną (herbata, soki owocowe, owsianka, kompot), poczynając od czwartego dnia dietę węglowodanową, mączno-jarzynowo-owocową. Po 10 dniach dodać 40 g białka i 40 g tłuszczu.

W przypadkach nadtarczyczności, której towarzyszy cukrzyca, dieta wygląda w sposób następujący: 1. dnia — herbata, 30 g cukru. 2. — 3. dnia dodajemy 60 g owsianki, 4. — 5. dnia — dwie szklanki mleka i kompot. Od 6. dnia — pieczywo i jarzyny. Równocześnie kontroluje się cukier we krwi i w moczu, i w razie potrzeby wstrzykuje się insulinę dwa razy dziennie po 10 lub więcej jednostek. Poza tym należy podawać jod w dawkach stopniowo malejących, witaminę A oraz naparstnicę (w ciągu 3 dni po zabiegu).

Postępowanie w powikłaniach pooperacyjnych.

Po zabiegu operacyjnym może wystąpić odczyn pooperacyjny, cechujący się wysoką ciepłotą, dochodzącą do 40°, częstoskurczem — do 200 lub więcej uderzeń na minutę, dusznością, przyspieszeniem oddechu. Pierwsze ciężkie objawy zatrucia mogą powstać dopiero po 24 — 48 godzinach. Leczniczo działa kofeina, cukier gronowy podawany dożylnie oraz roztwór fizjologiczny soli kuchennej stosowany podskórnie. *Elmer* zaleca podawanie jodu dożylnie w postaci jodku sodu w ilości 1,0 w 200 cm³ 10% roztworu cukru gronowego.

Niektórzy celem zwalczania odczynu pooperacyjnego radzą podawać kortinę.

U chorych, u których zaburzenia rytmu

po zabiegu chirurgicznym nie ustępują, wskazana bywa chinidyna, która winna być stosowana w ciągu 3 — 6 dni po zabiegu, gdyż jeżeli czeka się dłużej z jej zastosowaniem, efekt podawania chinidyny jest mniej korzystny.

Zakończenie.

Z tego, cośmy tu wyżej podali staje się widoczne, że odpowiednie przygotowanie chorego do zabiegu w chorobie Basedowa jest rzeczą decydującą dla wyników, stawiającą wykonanie samego zabiegu właściwie na drugim planie. Najlepiej wykonana technicznie operacja skończyć się może niepowodzeniem, jeżeli chorego nie przygotujemy odpowiednio. Z tych względów pożądana jest stała współpraca z internistą, obznajmionym dokładnie z dietetyką. Klinika nasza współpracuje w tej dziedzinie z jednym z nas *(dr Galewski)*. Jeżeli zakład lub klinika chirurgiczna tej współpracy zorganizować nie może, powinna dążyć do tego, by przygotowanie do zabiegu chirurgicznego, wybór odpowiedniego czasu operacji, wybór rodzaju operacji oraz odpowiednio do danego przypadku przeprowadzone leczenie pooperacyjne było oddane jednemu z pracujących w zakładzie chirurgów, który by się z tym zagadnieniem bliżej zapoznał.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

1. *Berard.* Traitement du goitre exophtalmique. Bruxelles Medical Nr 28, 1931. 2. *Berard* i *Peycelon.* Traitement chirurgical d'hyperthyroidisme. La presse medical **Nr. 83, 1930.** 3. *Marcel Labbé.* Le coeur de basedoviens. Archives des maladies du ceour. Nr. 12, 1935. 4. *Castaigne.* Types cliniques differents de goitre exophtalmique. Journal Medical Francais Nr. 3, 1934. 5. *J. Lepine.* Journal de Medicine de Lyon Nr. 205 r. 1928. 6. *Labbé.* Soc. med. des Hopit. Nr. 26, r. 1928. 7. *Higier.* Praktyczne wyniki i wytyczne leczenia jodem choroby Basedowa i cierpień basedowoidalnych. Wiedza lekarska, Zeszyt IX, 1935 r. 8. *Ettel.* Prae- und postoperative Behandlung der Herz und Kreislaufstörungen des Kropfes W. Kl. W., Nr. 46, 1935. 9. *P. Savy.* Traitement du goitre exophtalmique. La presse medical Nr. 38, 1937. 10. *De Quervain.* L'iode dans la physiologie et la pathologie de la thyroide. Presse Medicale Nr. 52, 1936. 11. *Urban.* Die Chirurgie des Kropfes. Leipzig und Wien, 1938. 12. *Labbe* et *H. Stevenin.* Le metabolisme basal. Paris, 1929. 13. *Ed. Melchior.* Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen. Wien, 1928. 14. *Koelichen.* Patogeneza hypertyreoz. P. Arch. med. wew. Tom IX, zesz. 3, 1931 r. 15. *A. Maciąg.* Klinika i leczenie hypertyreoz. Pol. Arch. med. wew. Tom IX, zesz. 3, 1931 r. 16. *Glatzel.* Leczenie chirurgiczne tyreotoksytozy. Pol. Arch. med. wew. Tom. IX, zesz. 3, 1931. 17. *Neihart.* Über die innere Behandlung der Hyperthyreose. Therapie der Gegenwart. Nr. 7, str. 302 — 307, 1937. 18. *H. Kömmerer.* Die Anzeigestellung der operativen Behandlung der Thyreotoksykosen vom Standpunkt des Internisten aus. Münch. med. Woch., Nr. 33, str. 1285, 1937. 19. *J. H. Means.* Therapeutics of the thyroid. Journal Amer. Med. Ass. T. 105, Nr. 1, 1935. 20. *J. Bauer.* Récherches nouvelles sur l'hyperthyroidisme. La Presse Med. Nr. 11, str. 209—211, 1936. 21. *G. W. Parade* i *R. Foerster.* Das Elektrokardiogramm bei Morbus Basedow. Zeitschr. für klin. Medizin T. 129, H. 2 S. 198 — 212, 1935. 22. *Bernhardt.* Bemerkungen über die Arzneibehandlung der Hyperthyreosen. Med. Klin. Nr. 9, 1938. 23. *J. Jacobi* i *H. Pomp.* Zur Behandlung der Hyperthyreosen mit Witamin A und Witamin B. Klin. Woch. Nr. 25. S. 873 — 875, 1938. 24. *Lang.* Über den Aderlass bei der postoperativen Basedovkropfsoperation. Zentr. f. Chir. 1935, Nr. 29, S. 1682. 25. *Löhr.* Med. Welt. 1937. 26. *Zimmerman.* Wien. klin. Woch. S. 265, 1933. 27. *Müller.* Münch. med. Woch. S. 1471, 1933. 28. *Weese.* Perniziöse Anämie und Basedov. Klin. Woch. Nr. 20, S. 717, 1936. 29. *Wendt.* Münch. med. Woch. 1935, Nr. 29. 30. *Dietrich,* M. M. W. 1936, Nr. 8. 31. *Falta,* W. K. W. 1936, Nr. 8. 32. *O. Timpe.* Die Vorbereitung des Basedovkranken zur Operation. Zentr. f. Chir. Nr. 11, S. 579 — 581, 1938.

ZUSAMMENFASSUNG.

Aus der II Chirurgischen Universitätsklinik J. Piłsudski.
Direktor: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

DIE VORBEREITUNG ZU CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN BEI BASEDOWKRANKEN

von

Alfred Galewski und **Stanisław Tokarski.**

Auf Grund eigener Erfahrung und unter Berücksichtigung des Weltschrifttums berichten die Verfasser über die Vorbereitung zu chirurgischen Eingriffen bei Basedowkranken. Die Vorbereitung geschieht unter Berücksichtigung folgender vier Probleme:

1. Psychische Vorbereitung.
2. Die Joddarreichung und die Herabsetzung des Grundumsatzes.
3. Die Ernährung und Vitaminverabfolgung.
4. Die Kreislaufsvorbereitung.

Zusammenfassend stellen die Verfasser folgende Forderungen auf: die Vorbereitung der Kranken und die Wahl des optimalen Operationszeitpunktes soll entweder unter engster Zusammenarbeit des Chirurgen mit dem Internisten, oder aber durch einen mit den Stoffwechsel- und Ernährungsprinzipien vollkommen vertrauten Chirurgen geschehen. Es wäre wünschenswert, dass jede grössere chirurgische Anstalt einen entsprechend ausgebildeten Chirurgen zu ihrem Mitarbeiter zählen könnte.

KAZUISTYKA

Z II Kliniki Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

PRZYCZYNEK DO ZAGADNIENIA PRZEBUDOWY KOŚCI

podał

Dr Józef Guterman.

W ostatnim czasie mieliśmy sposobność spostrzegania w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. kilku przypadków przebudowy kości.

Obserwacje te skłoniły nas do zrewidowania poglądów na całokształt tego zagadnienia. Jeden z tych przypadków podajemy poniżej.

Mężczyzna lat 50, przybył do Kliniki w dniu 26.X 1937 r. podając, że cztery tygodnie temu podczas chodzenia i ruchów zaczął odczuwać stopniowo narastające bóle w lewej kończynie dolnej. Leczył się bezskutecznie domowymi środkami, jak nacieraniami spirytusem i amoniakiem. W ostatnich dwu tygodniach stan pogorszył się o tyle, że chory musiał zostać w łóżku. Lekarz Opieki Społecznej skierował go do Kliniki. Z chorób przebytych podaje: tyfus — w r. 1927 i zapalenie płuc — w r. 1928.

Stwierdziliśmy, że kończyna dolna lewa jest ułożona wadliwie, a mianowicie zgięta, przywie-

dzona i skręcona do wewnątrz. Ruchy w lewym stawie biodrowym ze względu na dużą bolesność niewykonalne. Okolica stawu biodrowego na ucisk żywo bolesna. Temp. nie przekracza 37,8°, tętno wynosi około 90/min. Badanie krwi na odczyn Biernackiego wykazuje znaczne przyspieszenie opadania krwinek czerwonych, które wynosiło po 1 godz. — 110, po 2 godz. — 120. Zdjęcie miednicy wykazuje zwężenie szpary stawu biodrowego lewego z wyraźnym zatarciem konturów panewki i główki, świadczącym o odwapnieniu istoty korowej powierzchni stawowej. Obraz przemawia za rozpoczynającym się procesem zapalnym niszczącym chrząstki i powierzchnie stawowe (rys. 1).



Rys. 1.

W dniu 30.X w uśpieniu ogólnym bez żadnego wysiłku ustawiono kończynę prawidłowo, po czym nałożono opatrunek gipsowy na miednicę i kończynę. 7.XI chory został wypisany z Kliniki.

9.XII chory zgłosił się do Kliniki ponownie. Stwierdzono poprawę stanu ogólnego, a badanie krwi na odczyn Biernackiego wykazało wartości o połowę mniejsze niż przy pierwszym badaniu. Kontrolne zdjęcie rentgenowskie wykazało, że zwężenie szpary stawowej posunęło się wyraźnie. Szpara obecnie jest prawie niewidoczna. Stwierdza się wyraźne plamiste odwapnienie części kostnych okolicy stawu biodrowego lewego. Choremu nałożono ponownie opatrunek gipsowy i wypisano go w dniu 12.I 38 r.

24.IV chory przybył do Kliniki po raz trzeci. Podał on, że czuł się przez ten czas zupełnie dobrze i chodził w opatrunku gipsowym bez dolegliwości. Zdjęcie rentgenowskie wykonane po zdjęciu opatrunku gipsowego wykazało, że uwapnienie kości jest lepsze i że górna część główki kości udowej zaczyna się zlewać z panewką. Główka jest przy tym zupełnie oddzielona od szyjki, która w stosunku do główki jest nieznacznie przemieszczona ku górze. Linia oddzielająca obie części ma szerokość około 3 mm. Istota gąbczasta w okolicy linii dzielącej oba odcinki kości jest nieco zagęszczona. Zmiany przemawiają za Looserowskim pasmem przebudowy (rys. 2).



Rys. 2.

Pasma przebudowy opisał po raz pierwszy *Looser* w 1920 r. w kościach dotkniętych krzywicą, albo przedstawiających zmiany po przebytej krzywicy, bądź też w kościach z cechami rozmiękczenia. Powstawanie tych zmian tłumaczył *Looser* przyczynami czysto mechanicznymi. Z jego spostrzeżeń wynikało, że pasma przebudowy powstawały w miejscach największego obciążenia, a znikały wtedy, gdy bodźce mechaniczne ustawały całkowicie.

W ostatnich 10 latach przekonano się jednak, że pasma przebudowy powstać mogą nie tylko w kości chorobowo zmienionej, lecz także w kości zupełnie zdrowej. Badania *Henschena* wykazały, że znane metalurgom zjawisko przemęczenia materiału daje się również spostrzegać i odtworzyć doświadczalnie na kościach. Autor ten wykazał, że jednorazowy, sam przez się nieszkodliwy bodziec mechaniczny jest w stanie zmienić budowę kostną, gdy powtarza się przez długi czas, a przy tym w

szybkiej po sobie kolejności. Na skutek tego powstaje przemęczenie tkanki kostnej, spowodowane zaburzeniem jej krystalograficznej architektoniki. Przebudowa kości zależna jest przy tym nie tylko od jakości i szybkości działania bodźców mechanicznych, lecz również w stopniu nie mniejszym od k i e r u n k u działania tych bodźców. Okazało się wreszcie, że przebudowie może ulec nie tylko mało odporna tkanka kostna zmieniona w przebiegu krzywicy, rozmiękania kości albo zaburzeń w czynności gruczołów dokrewnych. Również potężne rusztowanie kości zdrowej nie wytrzymuje niekiedy naporu tych sił, jeśli działają one na kość rytmicznie w sensie zginania. Do wyjaśnienia tych zagadnień przyczyniły się w wielkim stopniu badania nad złamaniami sympatycznymi, szczególnie badania *Lexera, Willicha* i *W. Müllera*. Autorzy ci z całą stanowczością odrzucili panujący dotychczas mylny pogląd humoralny o powstawaniu złamań sympatycznych i dowiedli, że czysto mechaniczne zasady tłumaczą powstawanie tych złamań, i że złamania te powstają zawsze w miejscu szczytu łuku zgięcia.

Opierając się na mechanicznej teorii powstawania pasm przebudowy uważamy je razem z *Küntscherem* za biologiczną reakcję tkanki kostnej na długotrwałe i wieloczasowe bodźce mechaniczne o z w y k ł y c h rozmiarach. Dokonanie się procesu przebudowy wymaga dłuższego czasu, 2 — 3 mies., po którym to czasie Looserowskie pasmo uwidacznia się na zdjęciu rentgenowskim jako szczelina kostna szerokości 3 — 8 mm o brzegach niemal gładkich. Badania histologiczne wykazują zniszczenie stałych beleczek kostnych przez zatokowe wsysanie i zastąpienie ich nieuwapnioną tkanką kostną, przy czym tworzenie się kostniny postępuje bardzo leniwo.

Od Looserowskich pasm przebudowy Klinika nasza ostro odgranicza uszkodzenia spowodowane przeciążeniem. Uszkodzenia przeciążeniowe uważamy za prawdziwe złamania, posiadające swój odrębny mechanizm złamaniowy i nazywamy je wieloczasowymi. Złamania wieloczasowe powstają na skutek mechanicznych bodźców o n i e z w y k ł y c h rozmiarach działających wieloczasowo, dość długo i mocno, i których działanie może się zamanifestować już po kilku godzinach. Na zdjęciu rentgenowskim uwidaczniają się te złamania w postaci bardzo wąskiej szczeliny. Badania histologiczne *Schürmana* wykazały, że w tych razach chodzi często tylko o nadłamanie istoty zbitej i nacieczenia drobnokomórkowe. Tworzenie się kostniny postępuje tu szybko i bardzo obficie. Przykładem złamania wieloczasowego służyć może *złamanie marszowe*.

Przechodząc z kolei do tzw. a s e p t y c z n y c h n e k r o z kostno-chrząstkowych dopatrujemy się we wszystkich tych schorzeniach pasm przebudowy, powstałych na tle zaburzeń mechanicznych.

Do grupy tej zaliczamy następujące schorzenia: 1. osteochondritis deformans coxae juvenilis *(Perthes)*, 2. apophysitis tuberositatis tibiae *(Osgood - Schlatter)*, 3. malacia ossis navicularis pedis, *(Köhler I)*, 4. malacia capituli metatarsi II *(Köhler II)*, 5. malacia ossis lunati *(Kienböck)*, 6. malacia ossis navicularis carpi *(Preiser)*, 7. malacia olecrani *(Zaaijer)*, 8. malacia tuberositatis metatarsi V *(Iselin)*, 9. malacia ossis sesamoidei matatarsi I *(Renander, W. Müller)*.

Czy i w jakiej mierze zaburzenia w gospodarce witamin i hormonów odgrywają jakąś rolę w powstawaniu wyżej wspomnianych schorzeń, którą to sprawą zajął się ostatnio *Erich Schneider* z freiburgskiej kliniki, nie możemy na podstawie naszego materiału na razie osądzić.

Wracając do naszego przypadku wypada spróbować wytłumaczyć możliwość powstania Looserowskiego pasma przebudowy w kończynie unieruchomionej wielkim opatrunkiem gipsowym. Chory podaje, że był zmuszony do chodzenia w tym opatrunku. Stwierdziliśmy, że opatrunek ten unieruchamiał kończynę niedostatecznie, a odciążenie jej było wadliwe. Te oto okoliczności spowodowały prawdopodobnie, że zwykły bodziec mechaniczny, jakim jest chodzenie, doprowadził do wytworzenia wybitnego pasma przebudowy w typowym miejscu. Zmniejszenie odporności kości przez długotrwałe zapalenie stawu biodrowego oraz zupełne zniesienie amortyzacji uderzeń i wstrząsów wskutek usztywnienia stawu kolanowego i biodrowego odegrały także dużą rolę w powstaniu opisanych zmian w kości.

ZUSAMMENFASSUNG.

Aus der II Chirurgischen Klinik der Uniwersität J. Piłsudski.
Leiter: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

Über einen Fall von Looserschen Umbauzone im Verlaufe einer Hüftgelenksentzündung

von

Dr Józef Guterman.

Verfasser berichtet über einen 50-jährigen Coxitiskranken, bei welchem während der Gipsverbandperiode eine Loosersche Umbauzone im Schenkelhalse enstanden ist. Ursächlich werden ungenügende Fixation eines mangelhaft angelegten Gipsverbandes und das Gehen in demselben angeführt. Es werden die neusten Ansichten über die Umbauzonen und Dauerbrüche besprochen, wobei sich der Verfasser den Ansichten *Küntschers* vollkommen anschliesst.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. J. P. *Prof. M. Michałowicza*,
z Oddz. Chirurgicznego — Kierownik: *dr J. Kossakowski.*

PRZYPADEK ZESPOŁU KLIPPEL-FEILA

podał

W. Dudziński.

Rzadką, a może też rzadko rozpoznawaną wadą rozwojową jest zespół Klippel-Feila. Pierwszy przypadek tej choroby podali Francuzi *Klippel* i *Feil* w r. 1912 (Nouv. Icon. de Salpêtrière), chociaż jak podają niektórzy [1]) podobny zespół już w 1894 r. miał opisać *Hutchinson.*

Charakterystycznymi cechami klinicznymi dla tej wady rozwojowej są: 1. krótkość lub zupełny brak szyi; 2. obniżenie na karku dolnej granicy uwłosienia; 3. znaczne ograniczenie, a nieraz nawet zniesienie ruchów głowy. Obok tych trzech zasadniczych cech zdarzają się jeszcze inne odchylenia od normy, a mianowicie: skrzywienie kręgosłupa (scoliosis, lordosis,

---

[1]) *Kon.* Pediatria Polska, t. XV, r. 1935.

kyphosis), obniżenie małżowin usznych, pewien niestosunek pomiędzy długością tułowia a kończynami, niedorozwój umysłowy, asymetria w budowie czaszki, również głuchota i niemota wrodzone *(Rocher, Rudil, S. Mitchell)*.

Anatomiczne zmiany dotyczą przede wszystkim układu kostnego. Znane są one głównie na podstawie badań rentgenologicznych, bowiem jedynie tylko w czterech przypadkach *(Comby)* zostało dotychczas przeprowadzone badanie sekcyjne. Autorzy francuscy *(Feil, Perrot, Babaiantz)* równolegle do zmian klinicznych podkreślają również trzy zasadnicze cechy anatomiczne: 1. zlanie się trzonów kręgów szyjnych w jedną masę; 2. tarń dwudzielną (spina bifida) najczęściej dotyczącą kręgów szyjnych; 3. wysokie ustawienie klatki piersiowej.

W zespole tym wymienionym wyżej zmianom głównym może towarzyszyć szereg innych wad rozwojowych, nieraz nawet uniemożliwiających dłuższe życie. Opisywano zachowanie drożności przewodu Botalla i otwór w przegrodzie międzykomorowej *(Mitchell)*, zlanie się w jeden wspólny pień tętnicy głównej i płucnej *(Lascano* i *Valenzuela)*, brak wyrostków ościstych w górnych kręgach piersiowych *(Lance)*, oraz obecność dodatkowych żeber szyjnych.

Feil w obszerniejszej pracy (Thèse de Paris 1919 r.) na podstawie dwunastu własnych przypadków, oraz kilkunastu opisanych przez innych autorów *(Bertolotti* i *Mattirolo, Meisen, le Lorièr* i *Dupont, Bar, Mann, Serres)*, dzieli cały zespół chorobowy na trzy typy:

Do p i e r w s z e g o zalicza osobników, u których cechy kliniczne i anatomiczne występują w najczystszej formie, a zmiany dotyczą wyłącznie odcinka szyjnego kręgosłupa. Są to prawdziwi ludzie bez szyi „hommes sans cou" jak ich określił *Feil*.

Typ d r u g i jest typem przejściowym między człowiekiem normalnym, a typem pierwszym. Cechy charakterystyczne, jak np. obniżenie dolnej granicy uwłosienia, brak szyi, są słabiej zaznaczone, głowa najczęściej jest pochylona na bok. Zmiany anatomiczne dotyczą dwóch lub trzech kręgów. Szyja jest krótka i rozszerzona w swej dolnej części. Ruchy głową są znacznie ograniczone.

W t r z e c i m t y p i e według *Feila* zmiany anatomiczne dotyczą nie tylko szyjnego odcinka kręgosłupa, lecz również i innych jego części.

Obok tego często występuje szereg innych wad rozwojowych. Autorzy francuscy *(Lèreboullet, Bernard, Villey, Grenet, Duroquet, Isaac Georges, Macée)* podkreślają występowanie przejściowych postaci choroby Recklinghausena wraz z zaburzeniami w rozwoju kostnym. W jednym z ich przypadków zespołu Klippel-Feila stwierdzono jednocześnie chorobę Recklinghausena i porażenie połowicze. Podkreślają oni występowanie tych schorzeń w pewnych rodzinach. Również *Mougin, Sicard, Lermoyer, Guillain, Mollaret, Guy Laroche, Boris Klotz* opisują różne stany porażenne u osobników z zespołem Klippel-Feila i stoją na stanowisku, że objawy neurologiczne nie zależą od spraw kostnych. Sądzą oni, że istnieje w tych razach równorzędne zaburzenie rozwojowe obu układów — kostnego i nerwowego, dotyczące dwóch listków zarodkowych mezo- i ektodermy.

Przypadek, który mieliśmy sposobność spostrzegać w Klinice dotyczy dziewczynki 5½-letniej, urodzonej na czas. Poród był prawidłowy, długotrwały (półtorej doby). Dwoje starszego rodzeństwa są zupełnie zdrowi. Mniej więcej w dziesięć dni po urodzeniu zauważyła matka u dziecka krótką szyję. W szóstym miesiącu zaś w okresie

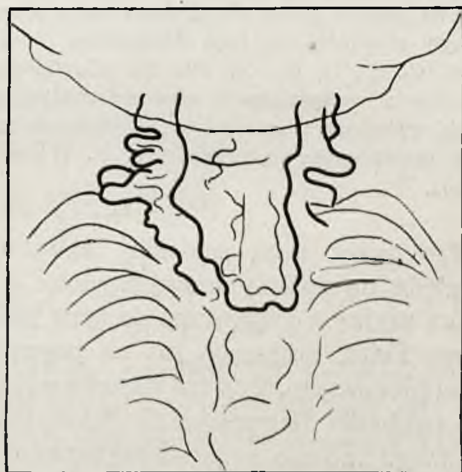


Rys. 1.

siadania zauważyli rodzice ograniczenie ruchów głowy. Dziewczynka zaczęła chodzić w 14-ym miesiącu życia. Obecnie chodzi dobrze, zawsze jest jednak nieco pochylona ku przodowi. Stan ogólny dziecka jest zupełnie dobry. Nie widać upośledzenia w odżywieniu. Na skórze prawidłowo ukrwionej nie stwierdza się żadnych wykwitów. Już na pierwszy rzut oka uderza znaczna krótkość szyi. Głowa zdaje się być osadzona prawie bezpośrednio na ramionach. Dolna granica uwłosienia na karku dochodzi do wyrostka ościstego trzeciego kręgu piersiowego. Klatka piersiowa jest wysoko ustawiona. Broda znajduje się na poziomie szyjnego wcięcia mostka, wysunięta jest 2 cm do przodu. Cała szyja jest wygięta ku przodowi tak, że powstaje przez to zagłębienie między potylicą i plecami. Zginanie głowy do przodu jest zupełnie zniesione, odchylanie do tyłu



Rys. 2.



Rys. 2a.



Rys. 3



Rys. 3a.

znacznie ograniczone, skręcanie w prawo i w lewo tylko do 30° Przy ruchach biernych jak i przy ucisku nie odczuwa żadnych bólów. Oprócz niewielkiego stopnia rozbieżności osi oczu nie spostrzega się żadnych uchwytnych zmian w innych narządach. Maksymalne odchylenie głowy do tyłu i charakterystyczne jej osadzenie, oraz nisko schodzącą dolną granicę uwłosienia widać na rys. 1.

Badanie rentgenologiczne *(dr Rosnowska)* wykazuje znaczne wygięcie kręgosłupa ku przodowi w odcinku szyjnym i górnej części odcinka piersiowego. Trzony kręgów szyjnych i górnych piersiowych są wyraźnie małe. Brak szpar pomiędzy C_1, C_2, C_3, trzony te tworzą jedną całość. Wyrostki ościste C_2, C_3 nachodzą prawie na siebie. Trzony C_4, C_5 mają zachowaną szparę międzykręgową. Trzony C_6, C_7 są zespolone ze sobą w jedną całość. Na zdjęciu przedniotylnym stwierdza się tarń dwudzielną (spina bifida) C_1, C_2, C_3, C_4. Na rys. 2 i 3 uwidocznione są zdjęcia rentgenowskie oraz schematyczne rysunki wykonane z tych zdjęć. (Wykonanie rysunków zawdzięczam uprzejmości p. *A. Wyczółkowskiej).*

Przypadek nasz możnaby zaliczyć ze względu na zmiany umiejscowione w odcinku szyjnym kręgosłupa do typu pośredniego Feila, stojącego już na pograniczu typu pierwszego. Typ ten nasuwa największe trudności diagnostyczne i łatwo bez dokładnego badania rentgenologicznego można rozpoznać taki przypadek jako wrodzony kręcz szyi lub gruźlicę górnych kręgów szyjnych *(malum suboccipitale)*. W rozpoznaniu należy brać pod uwagę sprawy pourazowe oraz gośćcowe. Znany jest również przypadek choroby Christian-Schüllera, który na pierwszy rzut oka łudząco przypominał zespół Klippel - Feila (przyp. spostrzegany przez *doc. Erlichównę, Werkenthinównę* i *Rosnowską).*

Patogeneza zespołu Klippel - Feila nie jest dokładnie znana. Istnieją przypuszczenia co do etiologii bakteryjnej (meningitis) lub toksycznej. Większość jednak autorów skłania się do hypotezy *Feila,* który uważa czynnik mechaniczny za odgrywający decydującą rolę w tym schorzeniu. Opierając się na licznych spostrzeżeniach twierdzi on, że prawie w każdym przypadku zespołu Klippel - Feila występuje rozszczepienie kręgosłupa szyjnego. Następstwem jest zmniejszona odporność kręgów dotkniętych tą wadą na urazy mechaniczne. Wobec zaczynającego się dopiero w trzecim miesiącu życia płodowego kostnienia, ciśnienie amniotyczne lub uraz mogą łatwo doprowadzić do zbicia się niewykształconych jeszcze trzonów w jedną masę. Oczywiście, że teoria ta może tłumaczyć jedynie czyste postacie zespołu Klippel-Feila, zaś przypadki powikłane współistnieniem innych zaburzeń pozostaną nadal niejasne.

W przypadkach niepowikłanych ciężkimi wadami rozwojowymi rokowanie quoad vitam jest pomyślne. Chory *Klippela* i *Feila* liczył lat 48, znany jest też w piśmiennictwie przypadek starca siedemdziesięcioletniego.

O ile chodzi o wyleczenie tej wady rozwojowej, to z góry musimy wyrzec się pomyślnego wyniku. Wszelkie leczenie nie daje wyników, a nawet może okazać się wręcz szkodliwe. *Mouchet* i *Roeder* podają wprawdzie, że po dwuletnim noszeniu kołnierza szyja nieco się wydłużyła, co wpłynęło na poprawę ruchomości, jednak należy dodać, że zmiany w ich przypadku były bardzo nieznaczne (zlanie się trzonu pierwszego i drugiego kręgu) i wobec tego trudno jest wysnuwać na tej podstawie jakieś bardziej konkretne wnioski. Długotrwałość i niecelowość stosowanego leczenia nie idzie w parze z nikłymi i często niepewnymi wynikami. Zasadniczym znaczeniem rozpoznania zespołu Klippel-Feila jest właśnie oszczędzenie dziecku długotrwałego i w gruncie rzeczy niecelowego postępowania mogącego nieraz wyrządzić nawet szkodę.

W związku z brakiem skutecznego leczenia w tej chorobie zachodzi możliwość, że chorzy ci niejednokrotnie szukają porady u wielu lekarzy i skutkiem tego mogą oni być w różnych odstępach czasu spostrzegani, a nawet opisywani przez kilku autorów. Fakt ten wpływa niewątpliwie również na nieścisłość liczb statystycznych odnośnie do częstości występowania tej wady.

P I Ś M I E N N I C T W O.

Bong: O wadach rozwojowych na pograniczu szyjnego i grzbietowego odcinka kręgosłupa; Polski Przegląd Radiologiczny t. V. *Comby:* Le syndrome de Klippel-Feil; Arch. de Med. des enfants, t. 38. 1935. *Feil, Lebleu* i *Fischer:* Revue d'Orthopedie et de Chirurgie de l'appareil moteur T. XIX. Nr 6, str. 531, 1932. *Ingelrans, Piquet:* Revue d'Orthop. et de Chir. de l'appareil moteur T. XV. Nr 4, str. 297, 1928. *J. Kochanowski:* Polski Przegląd Radiologiczny T. VIII i IX. *Kon:* Pediatria Polska, t. XV. 1935. *J. Kossakowski:* Zespół Klippel-Feila; Sprawy Lekarskie Nr 3. 1935. *Lereboullet, J. Bernard* et *R. Villey:* Bulletin de Societé de Pediatrie de Paris T. 36, Nr 6, str. 370, 1938. *H. S. Mitchell:* Arch. of disease im childhoot, t. IX, Nr 52, 1934. *Mouchet* et *Roeder:* Presse Médical, Nr 12, 1929. *Z. Obrębski:* Krótka szyja bez zespołu Klippel-Feila. Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska. T. XI, z.2-3, str. 287, 1938. *Perrot, Babaiantz:* Quelques considérations sur le syndrome de Klippel-Feil, Journal de Radiologie T. XVII, Nr 12, 1932. *Pytel* et *Schajewitsch:* Roentgen Praxis Nr 19, str. 864, 1928.

R E S U M É.

De la Clinique Enfantile de l'Université de Varsovie.

Un cas de syndrome de Klippel-Feil

par

Witold Dudziński.

L'auteur distingue dans ce syndrome trois éléments caractèristiques: la brévité du cou, l'abaissement des cheveux et la limitation des mouvements de la tête.

Parallelement il y a trois signes anatomiques: la fusion des corps des vertébres cervicales, „spina bifida" du partie cervicale du squelette et l'élévation de la cage thoracique.

Auprès de ces signes essentieles on peut aussi observer souvent plusieurs malformations congénitales de la part des systèmes: osseux, nerveux et des organes intérieurs.

Dans le cas de l'auteur il y avait chez une fille de 5½-ans la fusion des corps de C_1, C_2, C_3, C_6, C_7, et „spina bifida" de C_1, C_2, C_3, C_6, C_7, Th_1, Th_2, Th_3.

Les mouvements étaient très limités; l'abolition complète de penchement en avant et la rotation jusqu'aux 30°. Les cheveux atteignaient le processus du troisième vertébre thoracique. D'autres parts l'organisme était normal.

Le premièr aspect de ce syndrome peut nous rappeller souvent le mal sous-occipitale, torticollis, les lésions traumatiques et rhéumatiques, mais le roentgenograme nous permet de poser une diagnose certe.

Quant à la pathogénie, la plus probable est la théorie mécanique de Feil.

La prognose quoad vitam est favorable, mais les éfforts thérapeutiques pour améliorer l'état du malade ne donnent pas des résultats.

Le diagnostic a son importance pour épargner aux malades plusieurs manoeuvres ennuyants.

TECHNIKA OPERACYJNA

TECHNIKA ZABIEGÓW OPERACYJNYCH NA STAWIE BIODROWYM

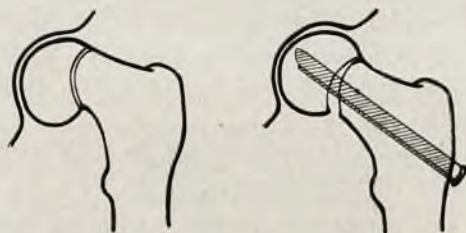
podał

Płk Dr Tadeusz Sokołowski.

III. Osteotomie.

Osteotomie górnej nasady kości udowej zaliczamy do zabiegów na stawię biodrowym dlatego, że są to operacje w najbliższym sąsiedztwie stawu, że łączymy nieraz właściwą osteotomię z innym zabiegiem na stawie biodrowym, i zresztą każda osteotomia górnej nasady k. udowej ma na celu zmianę stosunków stawu biodrowego, a więc zaatakowanie go, acz drogą pośrednią. Ściśle biorąc, do zabiegów w obrębie stawu biodrowego moglibyśmy zaliczyć jedynie najrzadziej stosowaną osteotomię śródstawową przezszyjkową.

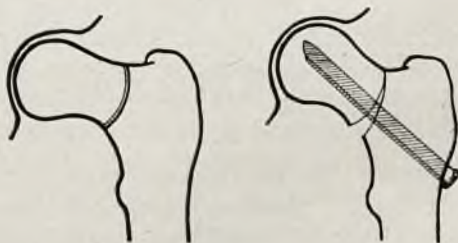
Z anatomicznego punktu widzenia osteotomie górnej nasady k. udowej dzielimy na p o z a s t a w o w e i ś r ó d s t a w o w e. Do pozastawowych należą osteotomie: przezkrętarzowa, śródkrętarzowa, podkrętarzowa wysoka i niska. Do śródstawowych — osteotomie w obrębie szyjki k. udowej dokonywane podgłówkowo, przezszyjkowo, lub u podstawy szyjki k. udowej (rys. 36, 42).



Rys. 36. Osteotomia przezszyjkowa I.

Wskazanie do zastosowania rodzaju osteotomii zależy oczywiście od obrazu klinicznego danego przypadku. O wyborze metody operacyjnej decyduje przede wszystkim to, czy mamy do czynienia ze stawem ruchomym, czy sztywnym. Staw ruchomy udaje się przebudować drogą osteotomii w sensie zbliżonym do stosunków fizjologicznych, osteotomia daje wówczas poprawę statyki z utrzymaniem, lub nawet poprawą zakresu ruchów. Jeżeli jednak mamy staw zesztywniały, uzyskanie powrotu ruchomości można uzyskać tylko za pomocą plastyki. Osteotomia może dać w tych razach jedynie poprawę ustawienia i statyki.

Na ogół osteotomia jest zabiegiem lżejszym od zabiegów plastycznych stawu biodrowego. Jest to zabieg sam w sobie krótki, dokonywany zazwyczaj z małego cięcia. Większym zabiegiem jest tylko osteotomia przezszyjkowa, ponieważ otwieramy staw z cięcia linijnego przedniego, a dodatkowo robimy inne zabiegi, jak zespolenie gwoździem S. P., ale i tu wstrząs operacyjny jest niewielki, a chorzy znoszą na ogół sam



Rys. 37. Osteotomia przezszyjkowa II.

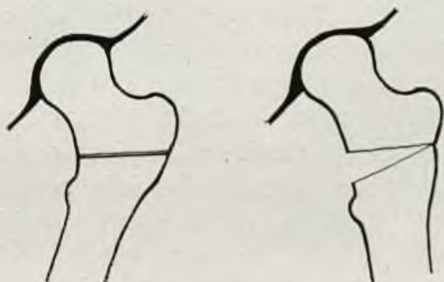
zabieg operacyjny dobrze. Chodzi jednak o to, że po wykonaniu osteotomii musimy nałożyć duży gips biodrowy; nie potrzebuję rozwodzić się nad tym, że u osób starszych nałożenie takiego opatrunku na okres 8 — 10 tygodni wyłącza częstokroć

osteotomię właśnie dlatego, że chory zniesie co prawda łatwo osteotomię, ale nie zniesie długotrwałego unieruchomienia w opatrunku gipsowym. Dlatego więc u tych



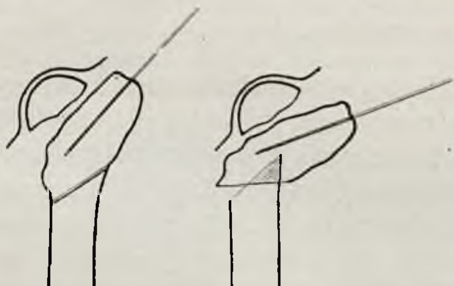
Rys. 38. Osteotomia przezkrętarzowa

chorych decydujemy się raczej na zabieg cięższy, ale taki, który nie wymaga w dalszym prowadzeniu unieruchomienia w opatrunku gipsowym. Przykładem takiego po-



Rys. 39. Osteotomia śródkrętarzowa.

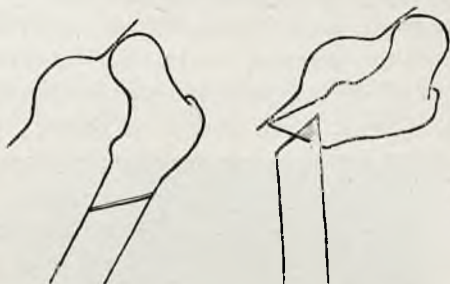
stępowania jest przypadek 4, gdzie chora lat 65 zniosła doskonale osteotomię przezszyjkową i zespolenie gwoździem S. P. bez



Rys. 40. Osteotomia podkrętarzowa wysoka (Schanz).

opatrunku gipsowego. Z tych samych względów wybieramy nieraz w przypadkach stawu rzekomego szyjki k. udowej zespolenie gwoździem zamiast osteotomii.

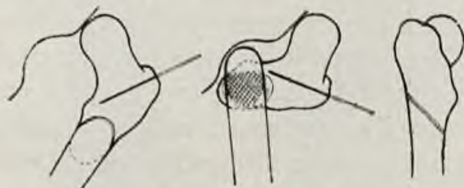
Jeżeli chodzi o technikę zabiegu osteotomii, rozróżniamy zasadniczo dwa rodzaje operacji: śródstawową i pozastawową. Osteotomię śródstawową (przezszyjkową) wykonywamy z cięcia linijnego przedniego (p. cz. I). Dostęp z tego cięcia jest do-



Rys. 41. Osteotomia podkrętarzowa niska (Fröhlich).

stateczny: po otwarciu torebki stawowej orientujemy się co do miejsca, w którym należy przeciąć szyjkę, używając do przecięcia kości dłuta (osteotomu) żłobowego, które stawiamy tak, by utworzyć wklęsłość w obrębie odłamka obwodowego. Zeszycie torebki stawowej nie jest konieczne, jeżeli brzegi jej przylegają dobrze do siebie; zeszywamy ją zazwyczaj po środku jednym cienkim szwem jedwabnym.

Osteotomie pozastawowe wykonywamy z cięcia na bocznej powierzchni uda. W trosce o jak najmniejszy wstrząs pooperacyjny robię te osteotomie z małych cięć. Doświadczenie na dużym materiale pozastawowych operacyj złamania szyjki kości udowej pouczyło mnie, że przy małym cię-



Rys. 42. Osteotomia podkrętarzowa nisko (Lorenz).

ciu operacje takie przebiegają łagodnie i nie dają powikłań. To też osobiście odstąpiłem od klasycznych wielkich cięć, odsłaniania kości udowej, wycinania klinów itd. Robię cięcie długości 3, najwyżej 4 cm, ale zato kładę duży nacisk na dokładną kontrolę rentgenowską podczas zabiegu.

Wykonywanie osteotomii bez odpowied-

niego przenośnego aparatu rentgenowskiego i podręcznej ciemni, w której można wywołać zdjęcia bezpośrednio po ekspozycji, uważam za niedopuszczalne (podobnie jak operacji zespolenia szyi k. udowej). Kontrola rozpoczyna się jeszcze przed wykonaniem cięcia operacyjnego: oznaczamy paskiem ołowiu na skórze przedniej powierzchni uda przypuszczalne miejsce osteotomii. Jest to orientacja z grubsza: po wykonaniu zdjęcia zaznaczamy (ewentualna korekcja) ołówkiem anilinowym poprzeczną linię, która znaczy środek cięcia i przystępujemy do przygotowania pola operacyjnego oraz znieczulenia miejscowego.

Znieczulenie miejscowe stosuję z reguły, dodając u osób wrażliwszych sennarkol dopiero po ukończeniu dalszych zdjęć kontrolnych, bezpośrednio przed właściwym aktem osteotomii. Po wykonaniu cięcia poprzez skórę, powięź i mięśnie wbijam kilkoma lekkimi uderzeniami młotka na głębokość 1 — 2 cm, gwóźdź Steinmanna dla dokładnego określenia miejsca zamierzonej osteotomii, po czym następuje drugie zdjęcie kontrolne.

Właściwy zabieg operacyjny następuje po dokładnym objektywnym określeniu miejsca osteotomii. Do rany operacyjnej wkładamy osteotom prosty, obracamy go wpoprzek i przecinamy kość w zamierzonym miejscu, w odpowiednim kierunku i płaszczyźnie. Podkreślić trzeba tutaj ważny szczegół techniczny: należy przecinać nie jednym uderzeniem z jednego miejsca, a szeregiem krótkich uderzeń, przesuwając i obracając osteotom wzdłuż linii zamierzonego cięcia. W ten sposób unikamy fragmentacji kości, o którą łatwo szczególnie przy niskiej osteotomii, tj. w obrębie trzonu kości udowej, jak to ma miejsce w osteotomii podpierającej *Fröhlicha* i w osteotomii rozwidlającej (bifurkacji) *Lorenza.* Do osteotomii wykonywanej przy zesztywnieniu stawu biodrowego układamy chorego na stole ortopedycznym (opatrunkowo - wyciągowym), umocowując uchwytem tylko kończynę zdrową. Dopiero po przecięciu kości i nadaniu jej pożądanego ustawienia umocowujemy w tym ustawieniu kończynę chorą i przystępujemy do opatrunku gipsowego. W osteotomiach przy ruchomym stawie, jak również w osteotomiach wykonywanych w zwichnięciach wrodzonych i stawach rzekomych, umocowujemy kończyny uchwytami od razu.

Podręczniki chirurgii operacyjnej podają mnóstwo sposobów osteotomii. Roi się tam od rysunków i linij cięcia kości. Trzeba powiedzieć jedno: nie ma chyba chirurga, który by wyprobował wszelkiego rodzaju cięcia. Zazwyczaj każdy chirurg standaryzuje swe postępowanie po opracowaniu zasadniczych typów operacyj. To też przedstawiając w części szczegółowej poszczególne rodzaje zabiegów, ograniczam się do operacyj, które dały w materiale 32 osteotomij dobre wyniki, i które stosujemy typowo w naszej szkole. Metody przez nas stosowane przedstawiają schematyczne rysunki 36 — 42. Technikę poszczególnych metod przedstawiam na tle obrazów klinicznych, ilustrowanych odnośnymi przypadkami.

Osteotomie w coxa vara.

Jeżeli w grę wchodzi zmiana kąta szyjkowo-trzonowego, tj. usunięcie szpotawości, w takim razie możemy rozwiązać sprawę dwojako: albo bezpośrednio, korygując kąt w obrębie szyjki, albo pośrednio, tworząc nowy kąt u podstawy nasady k. udowej otwarty w przeciwną stronę do kąta szyjkowo-trzonowego. Pierwszy sposób to osteotomia przezszyjkowa, drugi — osteotomia podkrętarzowa. Sprawy chorobowe, które wchodzą tutaj najczęściej w grę, to szpotawość biodra po źle zrośniętych złamaniach szyi k. udowej, przypadki zastarzałej epifizjolizy główki k. udowej ze

znaczną szpotawością i retrowersją główki oraz coxa vara traumatica. W przypadkach szpotawości po źle zrośniętym przezkrętarzowym złamaniu k. udowej najprostszym wyjściem jest osteotomia przezkrętarzowa, tj. odtworzenie złamania i leczenie prawidłowe na wyciągu w silnym odwiedzeniu, albo w opatrunku gipsowym w odwiedzeniu.

Przyp. 1. L. J., l. 15. Zastarzała epifizjoliza główki k. udowej z ustawieniem szpotawym i retrowersją główki (rys. 43). Wypadek miał miejsce 7 tygodni temu. Ze względu na niemożność nastawienia po tym terminie drogą zachowawczą, wykonano z cięcia przedniego osteotomię przezszyjkową, podważono dłutem główkę, usuwając retrowersję i szpotawość, po czym z cięcia bocznego wprowadzono gwóźdź kierowniczy Steinmanna. Po wykonaniu zdjęcia kontrolnego wbito gwóźdź definitywny i zeszyto ranę (rys. 44). Po operacji nie nakładano opatrunku gipsowego; po zdjęciu szwów gimnastyka czynna w łóżku, po tym, po upływie 3 tygodni od operacji chory wstał i rozpoczął obciążanie kończyny. Po upływie 6 mies. od daty operacji usunięto gwóźdź. Chory chodzi dobrze, jak przed wypadkiem.

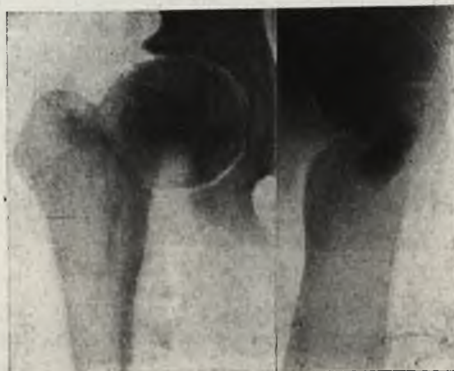


Rys. 43.

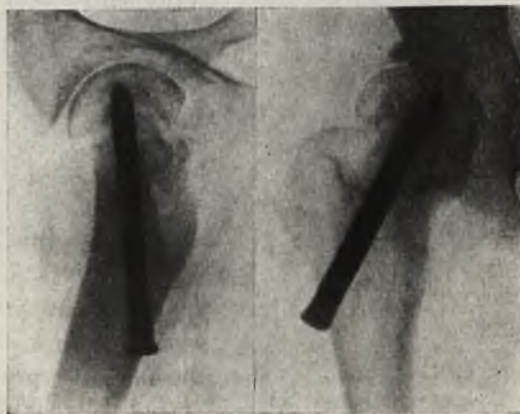


Rys. 44.

Przyp. 2. G. K., l. 15. Zastarzała epifizjoliza główki k. udowej z ustawieniem szpotawym i retrowersją główki (rys. 45). Wypadek miał miejsce przed rokiem. Operację wykonano analogicznie, jak w przypadku 1. (rys. 46). Chora przebywa jeszcze w Instytucie, przebieg prawidłowy i bez dolegliwości. Przytaczamy ten analogiczny drugi przypadek dla wykazania, że wynik w pierwszym nie był dziełem przypadku. Doświadczenia nasze wykazują zatem skuteczność radykalnej rekonstruktywnej metody w zastarzałej epfizjolozie nawet z dużym przemieszczeniem.



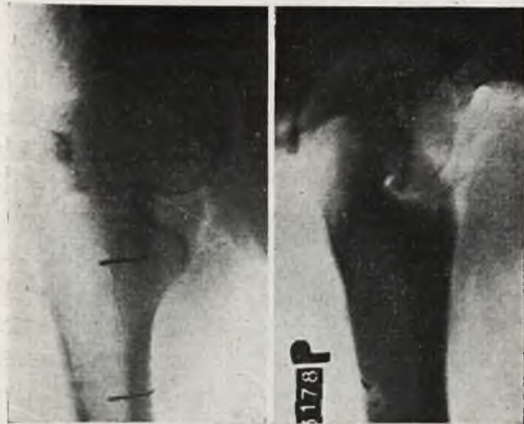
Rys. 45.



Rys. 46.

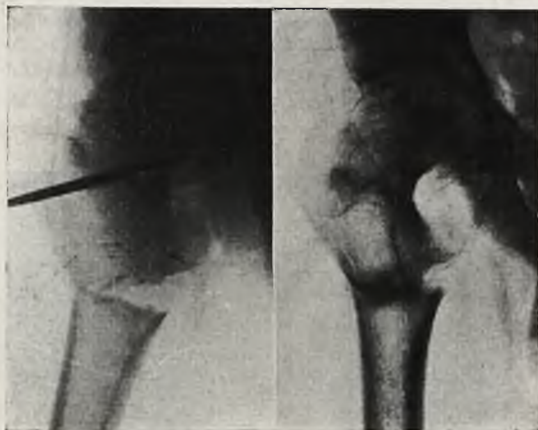
Przyp. 3. N. J., l. 17. Zastarzała epifizjoliza główki k. udowej ze szpotawym ustawieniem głów-

ki (rys. 47). Od wypadku minęło 2 lata. W tym przypadku wykonano osteotomię podkrętarzową,



Rys. 47.

(rys. 48), uzyskując dobry wynik czynnościowy. Odstąpiono od metody rekonstruktywnej ze względu na niewielką retrowersję główki. Chory jest zadowolony z wyniku operacji, drogą korespondencji uzyskano wiadomość, że chód jest dobry, bez dolegliwości.



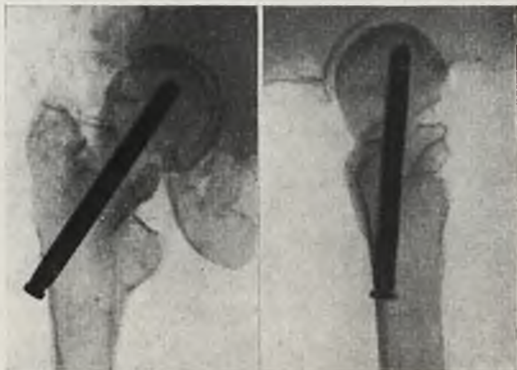
Rys. 48.

Przyp. 4. P. B., l. 65. Stan po źle zrośniętym międzykretarzowym złamaniu szyjki k. udowej (rys. 49). Wypadek miał miejsce przed 6 miesiącami. Nie leczona, ponieważ złamanie nie zostało rozpoznane. Obecnie stwierdza się znaczną szpotawość i retrofleksję szyjki. Chodzić nie może zupełnie wskutek złej statyki. Wykonano z cięcia linijnego przedniego osteotomię przeszyjkową i zespolono odłamki analogicznie, jak w przypad-



Rys. 49.

ku 1. i 2. (rys. 50). Leczenie pooperacyjne bez opatrunku gipsowego. Już po 4 tygodniach chora chodzi o 2 koziołkach, obecnie po 6 miesiącach chodzi dobrze.



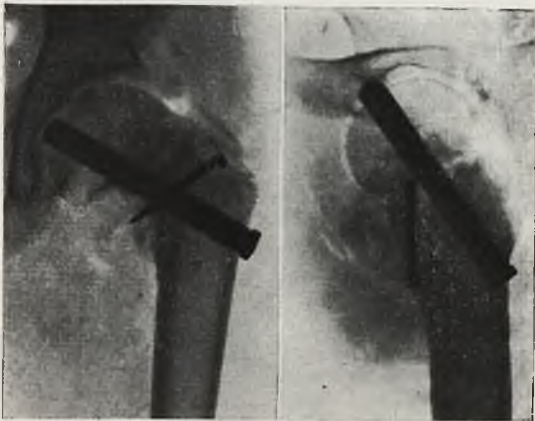
Rys. 50.

Przyp. 5. T. R., l. 13. Coxa vara traumatica (rys. 51). Podaje, że w ciągu ostatnich 2 lat stan uległ takiemu pogorszeniu, że chodzi źle i dozna-



Rys. 51.

je dużych dolegliwości. Wykonano osteotomię przezszyjkową z cięcia linijnego; z cięcia bocznego oddłutowano oba krętarze, po czym ściągnięto kończynę w dół, wbito gwóźdź kierowniczy, a po kontroli rentgenowskiej gwóźdź definitywny (rys. 52). Opatrunek gipsowy na 10 tygodni. Po 5 miesiącach usunięto gwóźdź, po dalszych 6 miesiącach stwierdzono doskonały chód, wyrównanie skrócenia i duży zakres ruchów. Zdjęcie kontrolne wykazuje odtworzenie prawidłowego kąta szyjkowo-trzonowego (rys. 53).



Rys. 52.



Rys. 53.

Przyp. 6. O. W., l. 24. Coxa vara traumatica (rys. 54). Chora od 10 lat. Operacja rekonstruktywna, wykonana jak w przyp. 5. (rys. 55), nie dała pełnego wyniku wobec znacznego skrócenia szyjki. To też w 3 miesiące po pierwszej operacji usunięto gwóźdź S. P. i jednocześnie wykonano, celem uzyskania podparcia, osteotomię podkrętarzową (rys. 56). Chora (obecnie upłynęło 6 miesięcy od zabiegu) chodzi dobrze, uzyskano wydłużenie kończyny o 8 cm.



Rys. 54.



Rys. 55.



Rys. 56.

Przyp. 7. P. K., l. 27. Przed 2 laty doznał złamania szyjki k. udowej (rys. 57). Leczony opatrunkiem gipsowym, nastąpił wadliwy zrost w ustawieniu szpotawym, chodzi źle. Wykonano osteotomię podkrętarzową celem uzyskania podparcia (rys. 58). Wynik dobry, chodzi dobrze.



Rys. 58.



Rys. 57.

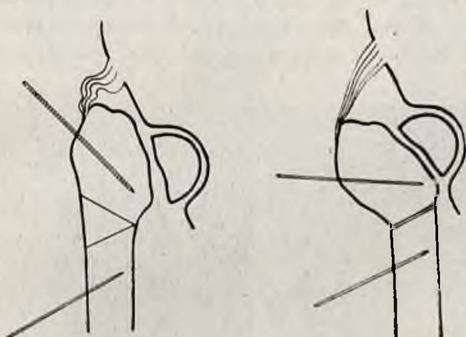
Osteotomia podkrętarzowa w leczeniu stawu rzekomego po złamaniu szyjki kości udowej.

Jeżeli w stawie rzekomym szyjki k. udowej nie wchodzi w grę zabieg rekonstruktywny czy to wskutek przykurczenia m. m. pośladkowych, czy wskutek nadmiernej resorbcji szyjki i główki k. udowej, wówczas w grę wchodzi osteotomia podkrętarzowa podpierająca. Przez przechylenie górnego odłamu uzyskujemy oparcie na pozostałym fragmencie główki i na rusztowaniu kostnym miednicy małej. Wskutek przechylenia górnego fragmentu uzyskujemy ponadto obniżenie krętarza w., tym samym zwiększamy napięcie m. m. pośladkowych, redukując objaw Trendelenburga.

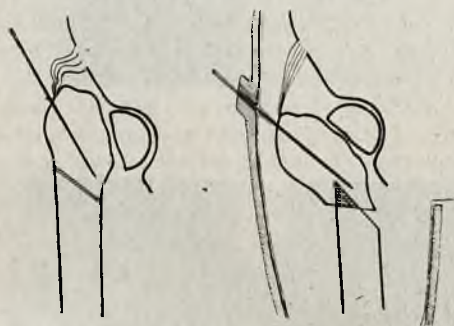
Wspominaliśmy już, że w stawianiu wskazań do tego zabiegu liczyć się musi-

my z koniecznością nakładania dużego opatrunku gipsowego. Aczkolwiek w ostatnich czasach leczenie rekonstruktywne za pomocą gwoździa S. P. zrobiło duże postępy, usuwając osteotomię na plan dalszy, pozostaje jednak dużo przypadków, w których osteotomia stanowi jedynie wyjście, a więc sprawa jest jeszcze wciąż aktualna.

Wracając do techniki tej osteotomii, wprowadzonej przez *Schanza,* powiedzieć musimy, że podobnie jak wielu chirurgów, odstąpiliśmy od klasycznej techniki, która polega na wycięciu klina i utrzymaniu uzyskazanego po tym ustawienia za pomocą 2



Rys. 59a. Klasyczna technika.



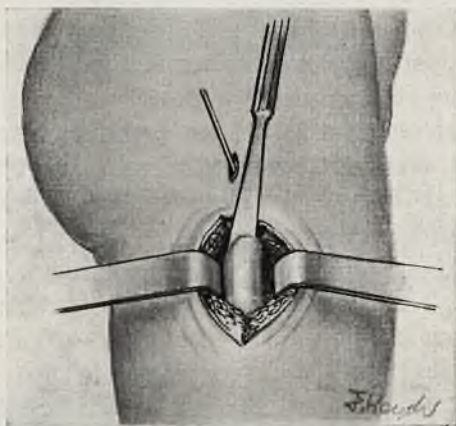
Rys. 59b. Nasza technika.

gwoździ Steinmanna wbitych równolegle powyżej i poniżej osteotomii. Przede wszystkim zrezygnowaliśmy po kilku pierwszych operacjach z wbijania dolnego gwoździa (rys. 59), wychodząc z następujących założeń: 1) wbijanie gwoździa w trzon kości udowej może prowadzić, szczególnie u osób starszych, do fragmentacji kości, 2) opatrunek gipsowy, ujmujący całą kończynę, utrzymuje dostatecznie i bez gwoździa odłam dolny w nadanym ustawieniu. Jeżeli chodzi o gwóźdź górny, wprowadzamy go nie poziomo, a skośnie od szczytu krętarza w. w kierunku krętarza mniejszego: uzyskujemy w ten sposób lepsze działanie dźwigni; ponieważ gwóźdź wchodzi głębiej, łatwiej nachylić odłamek górny.

Operacja przebiega, jak następuje. Ułożenie chorego na stole ortopedycznym. Po oznaczeniu paskiem ołowiu miejsca, w którym wypadnie przypuszczalnie osteotomia, robimy zdjęcie i po ewentualnej poprawce oznaczamy to miejsce poprzeczną linią ołówkiem anilinowym. Po przygotowaniu pola operacyjnego i znieczuleniu ½% polokainą robimy cięcie wzdłuż bocznej strony uda długości 3 — 4 cm techniką transfiksji, wkłuwając nóż w górnym biegunie rany aż do kości i prowadząc cięcie przez wszystkie warstwy w dół. Środek cięcia wypada na poziomie linii zaznaczonej ołówkiem. Teraz przystępujemy do określenia miejsca osteotomii: wbijamy w kość na głębokość 1 — 2 cm poprzecznie do osi trzonu k. udowej czasowo gwóźdź Steinmanna jako markę w miejscu, które ma odpowiadać osteotomii, a z osobnego małego ukłucia nożem na szczycie krętarza w. wwiercamy za pomocą rączki drugi gwóźdź Steinmanna. Robimy zdjęcia kontrolne, ewentualnie poprawki, jeżeli wbiliśmy gwóźdź (gwoździe) źle, i po ostatecznej kontroli przystępujemy do właściwej operacji.

Przecinamy obecnie kość nie poprzecznie, a skośnie w kierunku z góry w dół (rys. 60). W ten sposób po wykonaniu osteotomii i przechyleniu odłamka górnego nadajemy powierzchni przecięcia kości w obrębie odłamka górnego ustawienie poziome. Napinamy kończynę na stole ortopedycznym, wprowadzamy do rany palec i polecamy stopniowo zwalniać napięcie i krótkim pchnięciem wklinować szczyt odłamka dolnego w płaszczyznę przekroju

odłamka górnego. Podczas wklinowania palec jednej ręki kontroluje wklinowanie, drugą ręką trzymamy gwóźdź, utrzymując pochylenie. Na gwóźdź, na wystający koniec którego nałożyliśmy i przykręciliśmy przed tym grzybek, nakładamy pętlę z opaski aseptycznej, którą teraz napina asystujący, i zeszywamy ranę po osteotomii. Zeszywamy również jednym — dwoma szwami skórnymi ranę górną; po przechyleniu odłamu górnego gwóźdź napina skórę, przedłużamy więc małe cięcie w dół aż do zniknięcia napięcia. Robimy to



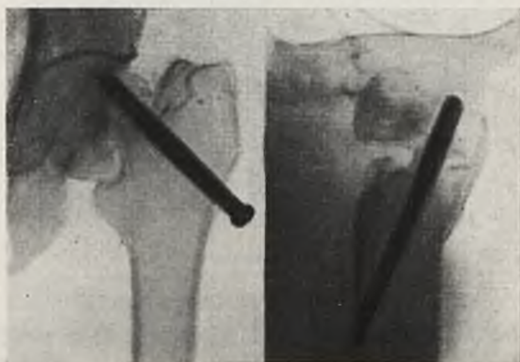
Rys. 60.

jeszcze w pierwszej fazie operacji. Teraz zeszywamy ranę ponad gwoździem. Licząc się z tym, że szwy skórne usuniemy przez okno wycięte w gipsie dopiero po upływie 4 tygodni, nakładamy na skórę szwy wyłącznie silkowe. Silk możemy trzymać przez kilka tygodni bez obawy podrażnienia tkanek.

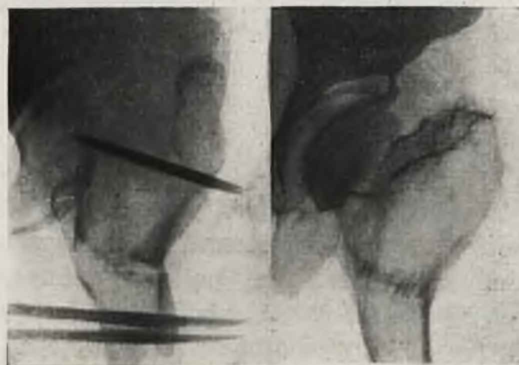
Podczas zabiegu unosimy do góry uchwyt chorej kończyny, przesuwając go jaknajwyżej na pionowym drążku. Chodzi o to by zapobiec antekurwacji w miejscu osteotomii. Opatrunek gipsowy nakładamy w miernym zgięciu stawu biodrowego i w lekkim zgięciu stawu kolanowego. Stopę ustawiamy pod kątem prostym. Ustawiamy również kończynę w lekkiej rotacji do środka: trzeba pamiętać, że w stawach rzekomych mamy prawie zawsze przykurczenie w rotacji bocznej. Osteotomia podkrętarzowa w tych przypadkach powinna być zarazem osteotomią derotacyjną.

Doświadczenie nasze opieramy na wykonanych 18 osteotomiach podkrętarzowych w przypadku stawów rzekomych. W jednym z tych przypadków (przyp. 8) osteotomię wykonaliśmy w 3 miesiące po nieudanym zespoleniu gwoździem. Na jednym posiedzeniu usunęliśmy gwóźdź, dołączając jednocześnie osteotomię.

Przyp. 8. D. A., l. 69. Świeże złamanie skośne szyi k. udowej zostało przez nas zespolone gwoździem S. P. Po 3 miesiącach wobec rozejścia się



Rys. 61.



Rys. 62.

odłamków, wysunięcia się gwoździa i resorbcji (rys. 61), usunięto gwóźdź, dołączając odrazu osteotomię (rys. 62).

Przyp. 9. Dz. F., l. 27. Staw rzekomy po złamaniu szyi k. udowej przed rokiem (rys. 63). Zespolenie gwoździem niewykonalne wobec niemożności ściągnięcia odłamka trzonu w dół (próba na stole ortopedycznym). Wobec tego osteotomia podkrętarzowa starą techniką: osteotomia poprzeczna, gwóźdź wbity poprzecznie, rys. 64, 65.



Rys. 63.



Rys. 64.

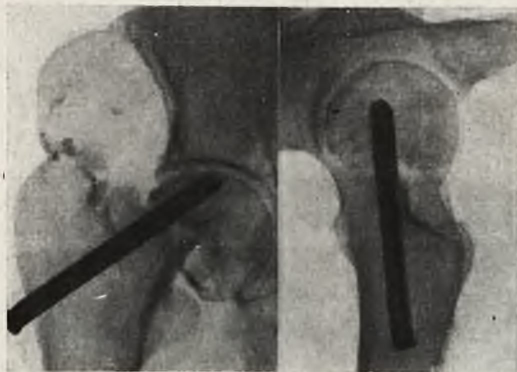


Rys. 65.

Przyp. 10. S. A., l. 47. Chory doznał przed kilku laty złamania przezkrętarzowego lewej k. udowej. Zrost nastąpił w silnym ustawieniu szpotawym. Obecnie przed 6 miesiącami doznał złamania szyjki pr. kości udowej. Złamanie to według podania chorego nie zostało rozpoznane. Wobec stawu rzekomego po stronie prawej i jednoczesnej szpotawości biodra po stronie lewej chory ten zupełnie nie mógł chodzić (rys. 66). Przemieszczenie w rzucie bocznym usunięto i zespolono odłamki gwoździem (rys. 67). Oczywiście, wobec daleko posuniętej resorbcji szyjki i główki zadowolono się uzyskanym wklinowaniem, zespalając w tym ustawieniu odłamki, lecz ze względu na szpotawość w 12 tygodni po pierwszym zabiegu wykonano osteotomię podkrętarzową (rys. 68). Uzyskano teraz dobry wynik czynnościowy, chory chodzi swobodnie.



Rys. 66.



Rys. 67.



Rys. 68.

Jest to przykład, podobnie jak przyp. 6, osteotomii połączonej z innym zabiegiem. Dopiero zabieg kombinowany daje w niektórych przypadkach dobry wynik anatomiczny i czynnościowy.

Przyp. 11. K. W., l. 16. Coxa vara traumatica (rys. 69). Pogorszenie nastąpiło przed rokiem. Prawdopodobnie doszło do całkowitego rozluźnienia zrostu i utworzenia się stawu rzekomego. W tym przypadku liczyliśmy się z niemożnością ściągnięcia odłamu dolnego i uważaliśmy, że jedynym wyjściem jest osteotomia podpierająca. Ponieważ ze względu na wysokie ustawienie krętarza w. możliwa była jedynie niska osteotomia, już w obrębie trzonu, przeto z linijnego cięcia przedniego usunęliśmy najpierw główkę, żeby utworzyć dla odłamu górnego po osteotomii dobre oparcie o panewkę. Wykonaliśmy bezpośrednio po usunięciu główki osteotomię sposobem Fröhlicha (rys. 70).



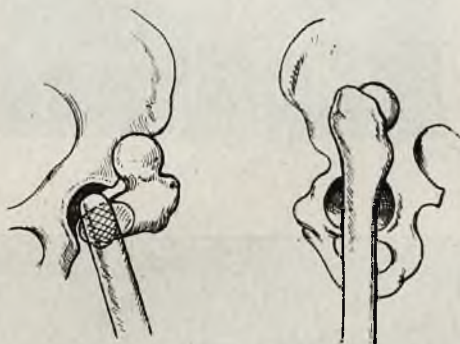
Rys. 69.



Rys. 70.

Osteotomia podpierająca w zastarzałych wrodzonych zwichnięciach stawu biodrowego.

W przypadkach zastarzałych wrodzonych zwichnięć stawu biodrowego u dorosłych jedno z paliatywnych rozwiązań podparcia i poprawy sprawności marszowej oraz ustąpienia bólów daje osteotomia podana przez *Lorenza,* t. zwana bifurkacja, polegająca na rozwidleniu odłamków i oparciu dolnego na panewce. Powierzchnie przecięcia powinny być ukształtowane przy tym zabiegu tak, by nastąpił styk i zrost (rys. 71). Do tego celu zmierzają rozmaite odmiany techniki tego zabiegu. W ostatecznym wyniku chodzi więc o podparcie nie tylko przez kikut dolnego odłamu, ale przez cały przechylony odłam górny z dobrym oparciem o panewkę stawu biodrowego.



Rys. 71.

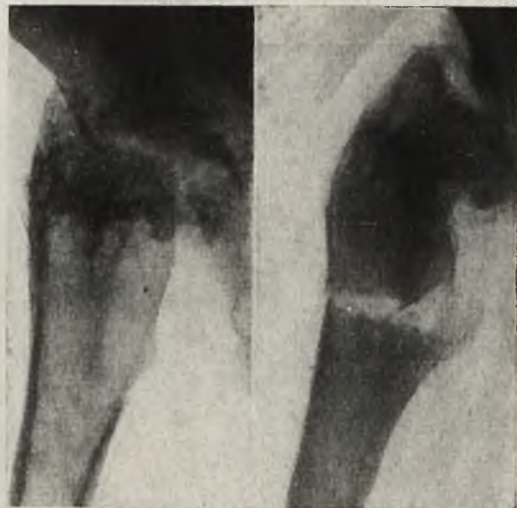
Podobny cel można osiągnąć za pomocą przedstawionej (przyp. 11) osteotomii typu *Fröhlicha,* a w niektórych przypadkach nawet za pomocą osteotomii podkrętarzowej. Ujemną stroną zabiegu jest to, że po operacji kończyna otrzymuje na stałe ustawienie w odwiedzeniu. Podkreślamy zatem, że charakter osteotomii *Lorenza* jest czysto paliatywny.

Technika zabiegu: Ułożenie na stole ortopedycznym, kończyny napięte. Wbicie gwoździ i kontrola rengenowska, jak w osteotomii podkrętarzowej. Po przecięciu kości skośnie (tak by powierzchnia przekroju dolnego odłamka była zwrócona do tyłu, a górnego do przodu) nachylamy odłam górny za pomocą gwoździa, a dolny opieramy o panewkę. Po operacji nakładamy opatrunek gipsowy, jak w osteotomii podkrętarzowej.

Osteotomie korekcyjne w zesztywnieniu stawu biodrowego.

Osteotomia jest wskazana często w przypadkach sztywności stawu biodrowego, jeżeli zesztywnienie nastąpiło w niekorzystnym ustawieniu. Szczególnie niekorzystne jest silne przywiedzenie i rotacja boczna, które prowadzą do znacznego upośledzenia sprawności marszowej kończyny. Jeżeli mamy, jak to bywa szczególnie w sprawach pogruźliczych, duże zniszczenie główki, wówczas stosujemy osteotomię poprzeczną podkrętarzową lub śródkrętarzową. W przypadkach, gdzie należy usunąć także skręcenie, osteotomia taka pozwala oczywiście na odpowiednią derotację.

Przyp. 12. N. K., l. 12. Sztywność stawu biodrowego po ostrym ropnym zapaleniu stawu (rys. 72). Ustawienie pod względem zgięcia i odwiedzenia poprawne, ale kończyna skręcona o 90°



Rys. 72. Zdjęcie przed i po osteotomii.

w bok. W ułożeniu na stole ortopedycznym przecięto osteotomem kość tuż poniżej krętarza mniejszego, po czym skręcono kończynę, uzyskując ustawienie prawidłowe (rys. 73) i nałożono opatrunek gipsowy (rys. 74). Po upływie 3 tygodni chłopiec zaczął obciążać kończynę w opatrunku gipsowym, po 5 tygodniach zdjęto gips i wypisano chorego. Chodzi dobrze, statyka uległa znacznej poprawie.





Rys. 73.



Rys. 74.

Przyp. 13. W. S., l. 11. Pogruźlicze zesztywnienie stawu biodrowego z ustawieniem w dużym zgięciu i przywiedzeniu. Wykonano poprzeczną osteotomię na poziomie krętarza mniejszego (rys. 75), ustawiono prawidłowo kończynę i nałożono opatrunek gipsowy. Przebieg gładki, po upływie 8 tygodni chodzi po zdjęciu gipsu dobrze.

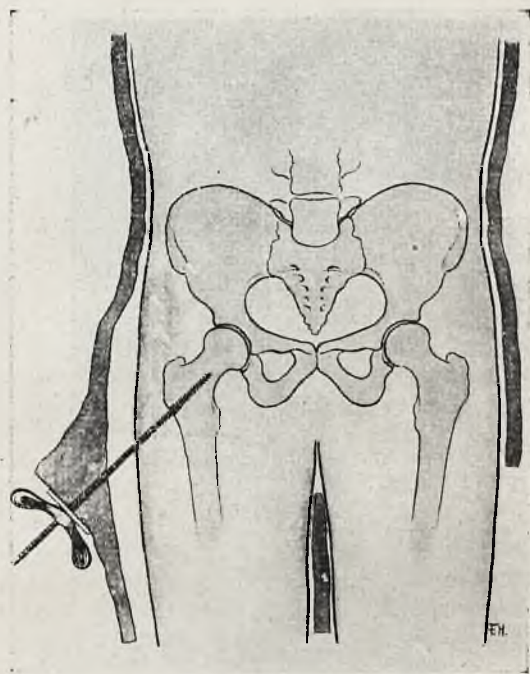


Rys. 75.



Rys. 76.

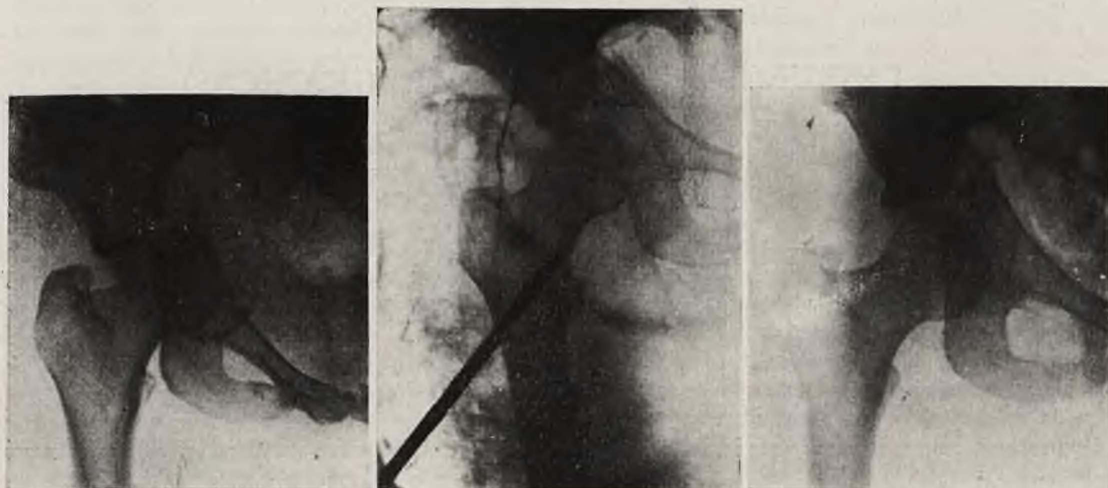
Zabiegi w tzw. dośrodkowym zwichnięciu główki kości udowej. W złamaniu panewki z penetracją główki k. udowej w głąb, czyli w t. zw. zwichnięciu dośrodkowym stawu biodrowego w ciężkiej postaci tego złamania w grę wchodzi wyciąg bezpośredni sposobem *Leveufa.* Nasza aparatura przedstawia się w postaci śruby



Rys. 77.

o 2 gwintach (rys. 76, 77). Po wykonaniu małego cięcia poniżej krętarza w. (jak do operacji zespolenia złamania szyjki k. udowej) wiercimy krótki kanał w kości świdrem Wolszczana, po czym wkręcamy śrubę na głębokość około 4 cm. Po nałożeniu opatrunku gipsowego z odpowiednim oparciem dla skrzydłowej nakrętki, obracającej się na drugim gwincie, wyciągamy obrotami tej nakrętki główkę z panewki, utrwalając tym samym to ustawienie (rys. 78). Metoda *Leveufa* daje doskonałe wyniki w najcięższych postaciach przemieszczenia główki k. udowej. W naszym materiale stosowaliśmy ją z dobrym wynikiem 4 razy.

Wiercenie szyi kości udowej. Wiercenie szyi k. udowej stosuje się w niektórych przewlekłych sprawach zapalnych stawu biodrowego oraz w celu otwarcia ograniczonych ognisk zapalnych szyjki (ropień Brodiego). Do wiercenia posługujemy się świdrem Wolszczana. Po oznaczeniu na skórze paskami ołowiu linii osi szyjki k. udowej wkręcamy na głębokość 2 cm cienki świder Wolszczana i kontrolujemy jego sytuację w szyjce za pomocą zdjęć w obu rzutach. Jeżeli zdjęcia wypadły dobrze, wiercimy w dobrym kierunku głębiej, aby utworzyć wąski na razie kanał, po czym wprowadzamy szerszy świder i wiercimy kanał do odpowiedniej głębokości, posługując się ew. zdjęciami kontrolnymi (rys.



Rys. 78.



Rys. 79.



Rys. 80.

79, 80). Technika jest tu w zasadzie podobna do techniki zespalania szyi k. udowej gwoździem [1]).

[1]) Praca o leczeniu złamań szyi k. udowej za pomocą zespalania gwoździem ukaże się wkrótce osobno.

SPRAWOZDANIA

Z II Kliniki Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

CHIRURGIA PLASTYCZNA ZAGRANICĄ [1])

(Wrażenia z podróży).

podał
Dr Michałek - Grodzki.

Kiedy przed szeregiem lat zwróciłem uwagę jednemu ze starszych chirurgów polskich na wspaniały rozwój chirurgii plastycznej po wojnie światowej w niektórych krajach Europy i Ameryki, oraz na istniejące już zagranicą oddziały i zakłady lecznicze przeznaczone wyłącznie dla leczenia zniekształceń — otrzymałem w odpowiedzi wyrażenie opinii, że „w Polsce brak materiału do leczenia tego rodzaju oraz że lecznictwo takie nie miałoby u nas szans powodzenia i rozwoju". Nie mniej jednak kolega ów przyznał, że „oglądał na jednym z kongresów zagranicznych cudowne wprost wyniki operacyj plastycznych i że ta gałęź chirurgii stoi tam na wysokim poziomie".

Już wtedy nie mogłem zrozumieć, dlaczego u nas nie miałoby być możliwe to, co gdzie indziej tak świetnie się rozwija i daje tak znakomite wyniki.

W czasie gdy zacząłem bliżej interesować się

[1]) Referat wygłoszony na posiedzeniu klinicznym II Kliniki Chir. U. J. P. w dniu 19.XI 38 r.

chirurgią plastyczną, mniej więcej przed 10 laty, najgłośniejsze były w tej dziedzinie szkoły francuskie, mianowicie: *Service de Chirurgie Réparatrice* w „Hôpital Foch” oraz *Chirurgie Faciale* w „Ecole Dentaire de France” w Paryżu, kierowane wówczas przez *prof. Lemaître'a* i *Dufourmentela*, moich pierwszych nauczycieli chirurgii plastycznej.

W ciągu tych 10 lat nastąpiły jednak u nas pewne zmiany w podejściu do tej, nie tyle nowej, ile odradzającej się gałęzi chirurgii, czego dowodem m. in. są liczne kierowane do mnie ze strony kolegów zapytania, gdzie możnaby się w tym kierunku specjalizować, jak również zwrócona do mnie prośba Tow. Chirurgów Warszawskich o podanie adresów zakładów i instytucyj poświęconych chirurgii plastycznej. Niniejszy artykuł zawiera właśnie m. in. odpowiedzi na te pytania.

W ostatnich latach szczególnie zasłynęły dwa zakłady chirurgii plastycznej, mianowicie: klinika *prof. Burjana* w Pradze oraz klinika *prof. Sanvenero Rosselli* w Mediolanie. Właśnie ostatnia moja podróż naukowa zagranicę, z której tu zdaję sprawę, miała na celu zwiedzenie tych instytucyj, zapoznanie się z metodami ich pracy, jak również udział w III Międzynarodowym Kongresie Chirurgii Plastycznej, który się odbył w r. 1938 w Mediolanie. Wyjechałem w początkach września, powróciłem pod koniec października 1938 r.

Zakład chirurgii plastycznej w Pradze.

Zgłosiłem się u *prof. Burjana*, który w bardzo uprzejmy sposób pozwolił mi zapoznać się z zakładem, jego pracą i pacjentami, zgodził się na obecność moją podczas zabiegów na sali operacyjnej, podczas wspólnych wizyt i przyjęć chorych w ambulatorium; zaznaczył, że chętnie służy wszelkimi informacjami co do techniki i metod leczenia. Po zapoznaniu się z asystentami, których jest czterech i z wolontariuszami, uczęszczałem do zakładu przez dwa tygodnie. Widziałem bardzo dużo operacyj i skorzystałem dużo z tego pobytu. Nie zauważyłem ze strony *prof. Burjana* żadnej niechęci do mnie jako do Polaka, jedynie któryś z młodszych asystentów próbował okazać mi swoją słowiańską „wyższość”, która jednak w miarę rozwoju wypadków politycznych coraz bardziej malała i ustąpiła w końcu ciężkiej depresji.

Stwierdzić muszę, że to, co u nich widziałem w dziedzinie chirurgii plastycznej, napełnia mnie podziwem i najwyższym uznaniem. Wyprzedzili nas na tym polu o lat jakieś 20, niestety. Już w początkach wojny światowej powstał w Pradze w jednym ze szpitali Czerwonego Krzyża mały oddział przeznaczony wyłącznie dla leczenia zniekształconych rannych żołnierzy. Oddział ten liczył 15 łóżek. Już wówczas pozostawał on pod kierownictwem *dra Burjana*. Pracy tam było b. dużo, pomocy mało, lekarze przeważnie byli na froncie, więc siłą rzeczy *Burjan* musiał operować sam, pomagała mu jego żona, również lekarka.. Po ukończeniu wojny w zakładzie leczyli się w dalszym ciągu inwalidzi wojenni. Po ich wyleczeniu zamierzano zamknąć tę instytucję. Wbrew jednak wszelkim przewidywaniom zaczęło się zgłaszać do zakładu coraz więcej chorych cywilnych z wrodzonymi lub nabytymi zniekształceniami. Skierowywały ich tam inne szpitale i lecznice, które bądź nie chciały się nimi zajmować, bądź też nie mogły sobie dać rady z tego rodzaju przypadkami. Mowy już nie było o zamknięciu lecznicy, raczej wyłoniła się konieczność powiększania jej i przeniesienia do większego lokalu. Przeniesiono ją do *szpitala Jedliczki,* gdzie też mieściła się od 1926 do 1936 r. z liczbą 30 łóżek. Widząc pożyteczność i konieczność dalszej rozbudowy tego zakładu, do którego zaczęli napływać chorzy z całego kraju — tak że często brakowało miejsca — Czeskie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nie szczędziło środków i subwencji na jego rozbudowę i utrzymanie. W 1936 r. zakład przeniesiony został do nowego pawilonu w Szpitalu Państwowym na Winogradach. Jest to więc teraz instytucja państwowa, powiększona do liczby 48 łóżek, zaopatrzona we wzorowe urządzenia, nowoczesne sale operacyjne i bogate instrumentarium. Tworzy też obecnie centrum wyszkolenia dla lekarzy, chcących specjalizować się w dziedzinie chirurgii plastycznej. Czeska ustawa z r. 1932 o specjalizacji lekarzy — jedna z pierwszych, o ile mi wiadomo — tak mówi o specjalizacji chirurgów plastyków: „Do tej specjalności wymagana jest 5-letnia praktyka w klinikach chirurgii ogólnej, dalsze zaś 3 lata muszą być poświęcone studiom specjalnym w zakładach chirurgii plastycznej lub też na odrębnych oddziałach plastycznej chirurgii”. Nawiasem dodaję, że odrębne oddziały miały być uruchomione w Brnie i Bratislawie w niedługim już czasie, co świadczy dodatnio o żywotności i rozwoju tej dziedziny chirurgii.

O ruchu w Zakładzie Chirurgii Plastycznej w Pradze najlepiej świadczą cyfry: w roku 1937 wykonano tam przeszło 1000 operacyj plastycznych, nie licząc mniejszych ambulatoryjnych za-

biegów. W roku 1938 (do września) było 922 operacyj, a ilość chorych wynosiła 751. Dziennie bywa przeciętnie 5 zabiegów. W pierwszym dniu mego pobytu widziałem 5 operacyj, które rozpoczęły się o godz. 10, a skończyły o 15-ej. Zabiegi były następujące: 1) operacja zajęczej wargi, 2) ektropium dolnej powieki po oparzeniu policzka, 3) operacja nosa kiłowego, 4) palatoschisis, 5) rhinoplastyka włoska (przeszczepienie płata z ramienia).

Z tego wynika, że materiał kliniki jest różnorodny i nie ogranicza się bynajmniej do t. zw. operacyj kosmetycznych, których w zakładzie praskim nie wykonywa się wcale, by nie zajmować miejsc innym chorym i nie nadużywać funduszów państwowych. Wykonywa się poza tym wszelkie operacje z zakresu chirurgii plastycznej, o czym świadczą fotografie umieszczone w broszurze wydanej przez *prof. Burjana* w 1937 r. p. t. „Vznik a vyvoj ustavu plastické chirurgje w Praze", jako to: operacje szyi (torticollis), dłoni (syndaktylia, kontraktury palców, przeszczepienia palców z nogi na dłoń) i t. p. Laicy zwykle mniemają, że chirurgia plastyczna znaczy to samo, co chirurgia kosmetyczna; w rzeczywistości jednak ta ostatnia stanowi zaledwo drobny dział rozległej dziedziny.

Podziwiałem wzorową i skrupulatnie przestrzeganą aseptykę w zakładzie praskim. Wchodząc na salę operacyjną wkładać trzeba jałowy płaszcz, buty gumowe i maskę. Bardzo mile wrażenie sprawiają sale utrzymane w ciemno-zielonym kolorze, z którym harmonizuje niebieska bielizna używana do operacyj. Operujący i asystenci wkładają rękawiczki gumowe i niciane. Używają bardzo mało struny do podwiązywania naczyń, — celem tamowania krwawienia stosuje się przeważnie diatermo-koagulację. Tkanki rozwiera się i przytrzymuje za pomocą delikatnych haczyków, podobnych do używanych w chirurgii okulistycznej, co ma wielkie znaczenie przy tak bardzo delikatnych operacjach plastycznych. Do osuszania ran mało używa się gazy; krwawienie tamuje się małymi zaciskami oraz koagulacją, miąższowe zaś usuwa się za pomocą ssaka, t. j. pompki ssącej połączonej z wodociągiem. Naturalnie tam, gdzie chodzi o wielkie krwawienia, których wskazanymi sposobami opanować nie można, stosuje się tamponowanie gazą wioformową. Takie krwawienia zdarzają się jednak stosunkowo rzadko.

Automatycznej pompki ssącej używa się w szczególności do operacji wilczej paszczy, gdzie jest ona nieodzowna i bardzo wygodna do oczyszczenia pola operacyjnego z krwi i śluzu. Poza tym używa się jej też jako aparatu pomocniczego do narkozy. Moim zdaniem nie ma lepszego sposobu usunięcia z gardła i krtani wydzielin tak często hamujących oddech podczas narkozy, zwłaszcza eterowej, i powodujących pooperacyjne komplikacje płucne. Narkotyzer bez trudności wprowadza kankę do gardła i krtani pacjenta, zamiast rozwierania szczęk klinem Heistera, wyłamywania przy tym zębów, co często się zdarza, i kaleczenia śluzówki gardła przez wycieranie gazą.

Celem zapobiegania zakażeniom, szczególnie szkodliwym w chirurgii plastycznej, gdyż zwykle psują one cały wynik operacji, używa się sposobów wypróbowanych, mianowicie: przed zeszyciem rany zwilża się ją mieszanym antivirusem Besredki (paciorkowce, gronkowce i inne bakterie ropotwórcze); na rany zeszyte, zwłaszcza w okolicach łatwo dostępnych dla zakażenia, jak nos i usta, nakłada się maść antivirusową, zawierającą te same składniki. *Prof. Burjan* zapewniał mnie, że odkąd poczęto stosować ten środek zapobiegawczy zniknęła ropa z zakładu, gdy poprzednio często bywała jego utrapieniem.

Prof. Burjan głęboko wierzy w zakażenie ran z powietrza, dlatego zakrywa pole operacyjne natychmiast po pojodynowaniu przed rozpoczęciem operacji oraz w każdej przerwie podczas zabiegu, w czasie zmiany rękawiczek, bielizny i t.d. Nie wolno podczas operacji rozmawiać z głową pochyloną nad polem operacyjnym. Rozkazy daje się na migi i doskonale to idzie. Nie ma przewiewu na sali operacyjnej, sterylizacja i umywalnie są umieszczone oddzielnie. Powietrze na sali jest suche i nie przepojone parą wodną. Nie wolno przechodzić szybko przez salę podczas operacji. Operuje się tylko w jednej sali. W tym czasie przewietrza się drugą i przygotowuje do następnej operacji. Personel pomocniczy jest liczny i sprawny. Oddział operacyjny jest zamknięty i oddzielony od sal chorych.

Podziwiałem technikę *prof. Burjana.* Mały i niepozorny ten człowiek prawie jest niewidoczny za stołem operacyjnym: widzi się tylko jego palce, które wykonują szybkie, zdecydowane, lecz nie gwałtowne ruchy. Nie dotyka on ran palcami prawie zupełnie, wszystko robi instrumentami. W zupełnej ciszy i spokoju rozpoczyna się, przebiega i kończy się operacja. Jakżeż odbiegała od jego techniki robota asystentów lub technika innych operatorów, których obserwowałem później!

Kończąc ten opis wrażeń moich z Praskiej Kliniki Chirurgii Plastycznej uzupełnię go jeszcze kilkoma danymi. Kartoteka chorych jest dokładnie prowadzona w kancelarii przez specjalną siłę po-

mocniczą. Każdy chory ma swoją historię choroby, do której lekarz operujący wpisuje przebieg i wynik operacji oraz spostrzeżenia lekarskie; resztę wypełnia siostra. Poza tym każdy chory ma swój arkusz fotograficzny, na którym umieszczone są poszczególne fotografie, przedstawiające wyniki operacji i kolejne fazy leczenia, które ciągnie się nieraz przez kilka lat. Fotografuje, wywołuje i kopiuje specjalny fotograf w oddziale fotograficznym. Odlewy i mulaże wykonywa się w specjalnym oddziale mulażowym, będącym równocześnie muzeum zakładu, z setkami odlewów woskowych, gipsowych i gumowych (negocoll). Badania laboratoryjne, zdjęcia rentgenowskie wykonywa się w centralnym laboratorium i w nowoczesnym Zakładzie rentgenowskim Szpitala Winogradzkiego.

Niestety, rozwijające się szybko wielkie wypadki polityczne, a także zbliżający się termin Kongresu Chirurgii Plastycznej w Mediolanie, nagliły do wyjazdu. Udało mi się opuścić terytorium Czechosłowacji jeszcze przed przerwaniem komunikacji kolejowej i wysadzeniem mostów na granicy niemieckiej.

Trzeci Międzynarodowy Kongres Chirurgii Plastycznej.

Kongres mediolański zgromadził około 150 lekarzy ze wszystkich nieomal zakątków Europy, z Egiptu i z Ameryki. Był on liczniejszy niż poprzednie, co znowu świadczy o postępującym rozwoju tej gałęzi chiriurgii i wzmagającym się zainteresowaniu nią wśród lekarzy. Zgłoszonych było około 40 referatów, dotyczących głównych tematów zjazdu, mianowicie w r o d z o n y c h z n i e k s z t a ł c e ń t w a r z y oraz z ł o ś l i w y c h n o w o t w o r ó w t w a r z y. Otwarcie zjazdu nastąpiło w auli uniwersytetu, obrady toczyły się w sali wykładowej kliniki chirurgicznej, operacje i demonstracje odbywały się w klinice chirurgii plastycznej *prof. Sanvenero-Rosselli*, organizatora i przewodniczącego zjazdu. Zakład chirurgii plastycznej w Mediolanie nosi nazwę *„Padiglione Sarfatti per i mutilati del viso"*, to znaczy Zakład Sarfatti (nazwisko fundatora) dla zniekształconych twarzy.

Nie podobna w ramach tego sprawozdania podać nawet krótkich streszczeń poszczególnych referatów, muszę się zatem ograniczyć do ogólnego resumé:

Omawiano metody leczenia chirurgicznego wrodzonych zniekształceń twarzy, jak: zniekształceń uszu, zajęczych warg, rozszczepów środkowych nosa (rhinoschisis), podwójnych nosów, coloboma twarzy, prognatyzmu i retrognatyzmu. Ciekawe dane o dziedziczności zniekształceń wrodzonych podała lekarka berlińska, *Hartmann*. Interesujących się tymi sprawami odsyłam do „Archiwum chirurgii plastycznej", które poda referaty in extenso. Mój referat „O zniekształceniach nosa przy zajęczych wargach" wywołał żywą dyskusję. Wiadomo, że zniekształcenia nosa przy zajęczych wargach rzadko bywają brane pod uwagę przez operujących, co jest błędem. Rozszczepienie wargi i zniekształcenie nosa nie są to różne choroby, lecz zniekształcenia które mają tę samą etiologię i powstają na tym samym tle, t. j. wskutek niezrośnięcia się guzków jarzmowego i nosowego w życiu zarodkowym, co powoduje rozszczep w górnej wardze, zupełny lub niezupełny, jedno- lub dwustronny, z których jednostronny rozszczep pociąga za sobą największe zniekształcenie, połączone często z rozszczepem podniebienia i niedorozwojem górnej szczęki. Zapewne, że zeszycie wargi jest w przypadkach ciężkich najważniejsze, zwłaszcza że rozszczepiona warga powodować może ciężkie zaburzenia czynnościowe (niemożność prawidłowego odżywiania się), mogące zagrażać nawet życiu, lecz nie zwracanie uwagi na zniekształcenie nosa pozostawia defekty, które często podczas operacji rozszczepionej wargi mogłyby być łatwo usunięte. Wady te stanowią: 1) asymetria czubka, 2) asymetria skrzydełek, 3) asymetria otworów nosowych, 4) zniekształcenia przegrody miękkiej i chrzęstnej oraz 5) skrzywienie częściowe lub całkowite nosa.

Nieoperowane we wczesnej młodości, nieznaczne początkowo zniekształcenia, przekształcają się w miarę rozwoju w wady większe, które wymagają wtórnych operacyj, często poważniejszych niż operacja samej wargi. Podałem szczegółowy opis zabiegów mających tu zastosowanie — pomiędzy tymi kilku nowych. Praca ta ukaże się w jednym z polskich czasopism lekarskich i w „Archiwum chirurgii plastycznej".

Przed południem odbywały się operacje. *Dr Kilner* z Londynu operował przypadek rhinoschisis, zniekształcenia dziedzicznego, powtarzającego się po raz piąty w tej samej rodzinie. Operacja polegała na wycięciu środkowej części grzbietu nosa, obustronnej osteotomii wyrostka czołowego górnej szczęki oraz zwężeniu przegrody nosowej. W drugim dniu kongresu *Sansevenero-Rosselli* operował przykurcz palców po oparzeniu dłoni: wykonał wycięcie blizn, odlew rany stentem i wolne przeszczepienie skóry, owiniętej na odlewie stentowym *(Thiersch-stent -inlay)*. Przypadek ten widziałem w tydzień później: skóra w zupełności

przyrosła i przyjęła się. Po dwóch tygodniach miał nastąpić masaż dłoni i rozpoczęcie lekkich ruchów palców.

Bardziej może dla czytelników zajmujące będzie omówienie drugiego tematu głównego, mianowicie nowotworów złośliwych twarzy i stosunku chirurgii plastycznej do tego zagadnienia. Wyniki obrad w tej sprawie można streścić jak następuje: Jednym z najpoważniejszych wskazań do zabiegów wytwórczych są nowotwory złośliwe, względnie defekty pozostałe po ich usunięciu, które często są bardzo zniekształcające. Zniekształceń tych nie jest w stanie zmniejszyć ani elektrochirurgia, ani leczenie radem czy Roentgenem. W tych przypadkach chirurgia plastyczna osiąga nieomal to samo znaczenie, co leczenie samej choroby. Zachodzi zasadnicze pytanie: czy ubytek powstały po operacji nowotworu pokryć natychmiast, czy też należy czekać dłużej lub krócej z wykonaniem zabiegu wytwórczego.

Przyznano, że pokrycie skórne gra ważną rolę w rozwoju choroby: plastyka skórna jest nie tylko czynnikiem drugorzędnym, wyłącznie kosmetycznym. Doświadczenia wykazały bowiem, że pokrycie skórą ubytku po wycięciu nowotworu chroni przed nawrotem. Już *Reverdin* zauważył, że przy rakach piersi nawroty zawsze oszczędzały miejsca pokryte świeżą, skórą wziętą z innego miejsca, lub przeszczepami skórno-naskórkowymi. Wiadomą jest rzeczą, że przy nowotworach skórnych rany po ich usunięciu goją się wolno, jak po oparzeniach. Pochodzi to stąd, że regeneracja tkanek w organizmie rakowatym, więc osłabionym, postępuje wolno, stąd często powstają nawroty.

Statystyka wykazała *(Prudente)*, że na 19 przypadków raka skórnego, w których ubytki tkanek po wycięciu nowotworu — nawet znacznie posuniętego — natychmiast pokryto nowymi i świeżymi płatami skóry, tylko w 2 przypadkach wystąpił nawrót. Odsetek nawrotów wynosi zatem 10,5%. W 5 przypadkach późniejszej plastyki wykonanej po kilku tygodniach lub miesiącach, było 20% nawrotów, a w 14 przypadkach leczonych bez plastyki, tylko elekrochirurgią — było 42% nawrotów. Stąd wniosek, że w złośliwych nowotworach skórnych ubytki powstałe wskutek ich usunięcia należy natychmiast pokryć zdrową tkanką skórną.

Co do tocznia, to dawne leczenie zachowawcze należy ograniczyć i zastąpić leczeniem chirurgicznym. Leczenie zachowawcze jest długie, kosztowne i zniekształcające. Wycięcie natomiast ogniska nożem elektrycznym oraz pokrycie braku świeżą skórą daje wyniki natychmiastowe, tamuje rozwój tej tak długotrwałej i dotychczas trudno uleczalnej choroby.

Raki piersi wymagają specjalnej uwagi z powodu częstszych nawrotów. Jeśli nie można zeszyć brzegów rany skóry, albo jeśli by powstało wskutek zeszycia zbyt wielkie napięcie, należy natychmiast wykonać pokrycie ubytku płatami skórnymi, z wyjątkiem tych przypadków, w których istnieją już przerzuty nowotworu. Natychmiastowa plastyka chroni tkanki przed stałym podrażnieniem, nieuniknionym wskutek długotrwałych opatrunków i tym samym zmniejsza ilość nawrotów. Wykonać można plastykę *Payera* za pomocą płata piersiowego, plastykę *Kleinschmidta* za pomocą płata brzusznego lub wolne przeszczepienie skóry czy naskórka.

Zakład chirurgii plastycznej w Mediolanie.

Zakład mediolański urządzony jest mniej komfortowo niż praski, lecz cieszy się również dużą frekwencją. Powstał on już podczas wojny światowej i służył początkowo wyłącznie leczeniu rannych żołnierzy ze zniekształceniami twarzy. Po wojnie światowej, dzięki poparciu Mussoliniego, został przejęty przez zarząd miasta i przeznaczony jest dzisiaj do leczenia zniekształceń wrodzonych i nabytych u ludności cywilnej. Wskutek mechanizacji pracy i wzrostu motoryzacji zniekształceń tych jest coraz więcej. Kierownik zakładu *prof. Sanvenero-Rosselli* jest młodym, ambitnym i bardzo zręcznym chirurgiem. Jego specjalnością są rhinoplastyki, transplantacje skóry, zajęcze wargi i wilcze paszcze, które operuje trzema metodami: klasyczną, za pomocą płata z tylnej ściany gardła *(Schönborn)* oraz metodą przesunięcia miękkich tkanek z podniebienia twardego ku tyłowi, co daje, zwłaszcza przy krótkich podniebieniach, dobre rezultaty. Ostatnie dwie metody skutecznie zwalczają rhinolalię — *prof. S. R.* nazywa je ortofonicznymi.

Ruch w zakładzie mediolańskim jest większy niż w praskim. Operacyj klinicznych i ambulatoryjnych było w roku 1937 przeszło 2000, dzięki wielkiej liczbie chorych ambulatoryjnych, którzy umieszczani są poza zakładem w innych szpitalach i sanatoriach prywatnych. Ogólna liczba chorych zakładu wynosiła 1800.

Prof. S. - R. dla Polaków był b. uprzejmy. Włada on kilkoma językami i na wszelkie zapytania chętnie daje zawsze wyczerpującą odpowiedź. Obecnie czyni przygotowania do wybudowania nowej kliniki na 100 łóżek, projekt której nam

pokazywał. Protektorem lecznicy jest Mussolini; oświadczył on *prof. S.-R.* na audiencji, że nowa klinika będzie wybudowana. Rozumie on może najlepiej, jakie znaczenie społeczne ma lecznica dla zniekształconych i jakie znaczenie miała ona podczas wojny, gdyż sam był żołnierzem, kilkakrotnie rannym, a gdy przed 10 laty jakaś zwariowana Angielka popełniła na niego zamach i przestrzeliła mu nos, chętnie poddał się operacji kosmetycznej. „Przyszła wojna" — mówił *prof. Sanvenero-Rosselli* — „pociągnie za sobą podwójną liczbę ofiar, i to nie tylko w szeregach żołnierzy, lecz przede wszystkim pośród ludności cywilnej wskutek nalotów i bombardowań powietrznych. Musimy się przyznać, że chirurgia podczas wojny światowej była zaskoczona ilością okrutnych okaleczeń i oszpeceń, do których leczenia zupełnie nie była przygotowana. Popełniano więc błędy, gdyż improwizacja nigdy nie bywa doskonała. Obecnie posunęliśmy się już znacznie naprzód w tej dziedzinie, nauczyliśmy się dużo i będziemy mogli zniekształconym ofiarom wojny przywracać ludzkie kształty. Jesteśmy przygotowani".

Z Mediolanu pojechałem do Rzymu, aby odwiedzić Ambulatorium Chirurgii Plastycznej przy Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Rzymskiego, kierowane przez *doc. Manna.* Ambulatorium to zostało uruchomione przed kilku laty. Dwa razy tygodniowo przyjmuje się tutaj chorych niezamożnych za niską opłatą. Przypadki nadające się do operacji przyjmuje się do kliniki, gdzie się wykonuje zabiegi.

W drodze powrotnej zatrzymałem się w Berlinie, aby odwiedzić *prof. Gohrbandta* w „Krankenhaus am Urban". Operacyj robi się tam b. dużo, przeważnie z zakresu chirurgii miękkiej. Technika i aseptyka nie różnią się od stosowanej w innych szpitalach niemieckich. Technika operacji zajęczej wargi jest jednakże zupełnie odmienna od stosowanej w zakładach chirurgii plastycznej w Pradze i Mediolanie. Operuje się tutaj zasadniczo dopiero po 3. miesiącu życia i bez uśpienia, moim zdaniem nieco brutalnie. Małego pacjenta przywiązuje się do deski od prasowania, którą przed sobą trzyma asystent w pozycji pionowej. Operujący siada przed chorym, nacina, odświeża i zeszywa wargi szwami węzełkowymi w jednej warstwie, nie zakładając podskórnych mięśniowych, ani nie zeszywając osobno śluzówki i skóry. Dzieje się to wszystko wśród krzyku dziecka, wysiłków asystenta, który nie może utrzymać uciekającej główki dziecka, wśród wyciekającej śliny i upływu krwi. Wszystko to razem nie sprawia dodatniego wrażenia.

Podam wreszcie jeszcze kilka danych o zakładach chirurgii plastycznej w Ameryce, na podstawie tego, co mi opowiadał w Mediolanie jeden z lekarzy amerykańskich. Otóż w samym tylko Nowym Yorku istnieje dziesięć zakładów, względnie oddziałów chirurgii plastycznej. Największy z nich — to odrębny zakład chirurgii plastycznej „Kings County Hospital" w Brooklynie *prof. Waltera Cookleya,* inne stanowią oddziały chirurgii plastycznej w poszczególnych szpitalach. Dokładniejsze dane o tych lecznicach znajdują się w ostatnim zeszycie „Surgery, Gynecology and Obstetrics" z października 1938 r.

Chirurgia plastyczna pod różnymi względami wyróżnia się z zakresu chirurgii ogólnej: jest bardzo trudna, wymaga znacznych wysiłków, dużej cierpliwości, nieraz długoletniego leczenia i wielu zabiegów, zanim doprowadzi do celu. Poznanie dwóch zakładów europejskich, poświęconych jej specjalnie, postawionych na wysokim poziomie oraz udział w III Międzynarodowym Kongresie Chirurgii Plastycznej, zetknięcie się z metodami i wynikami pracy w tej dziedzinie zagranicą — stanowi dla mnie doświadczenie nader cenne i da mi możność pogłębienia poglądu na społeczne znaczenie chirurgii plastycznej, której rozwój, spowodowany życiową potrzebą, jest ogromny i żadnej już dzisiaj nie ulega wątpliwości.

Doświadczenie to pomoże mi do tym lepszego spełnienia mojego zadania — prowadzenia Przychodni dla zniekształconych chorych przy II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu J. P. i współpracy z Instytutem Badawczym Chirurgii Pracy i Chirurgii Społecznej tejże Kliniki.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 20 marca 1939 r.

Doc. Jan Mossakowski:

PRZYPADEK SPLENOMEGALII.

(Streszczenie własne)

Cierpienia, w których objawami dominującymi jest powiększenie śledziony i marskość przerostowa lub zanikowa wątroby, interesujące chirurgów ze względu na mniej lub więcej pomyślne wyniki splenektomii, dotychczas, pomimo niemałej liczby spostrzeżeń klinicznych, nie zostały ujęte w odrębne jednostki chorobowe.

Przyczyną tego stanu rzeczy jest niemożność rozgraniczenia poszczególnych postaci klinicznych z punktu widzenia etiologii, patogenezy, a często też pod względem klinicznym. Różnicą najbardziej istotną byłaby tu może obecność lub brak zmian w składzie krwi. Jednakowoż występowanie krwotoków, zmieniających skład krwi, nastręcza trudności w ocenie, czy w danym przypadku zmiany we krwi są zjawiskiem pierwotnym czy wtórnym.

Usiłowania wyodrębnienia na podstawie badań histologicznych usuniętych śledzion nie dały wyniku. Okazało się bowiem, że obrazy drobnowidzowe bywają jednakowe tam, gdzie etiologia, patogeneza, obraz krwi i cały przebieg kliniczny wybitnie się różnią od siebie.

Do tego rodzaju przypadków należy i demonstrowany. Dotyczy on mężczyzny 26-letniego, z zawodu woźnicy, którego choroba datuje się od grudnia r. 1935. Pierwszym objawem były obfite, wielokrotne wymioty krwawe. Wezwany lekarz skierował chorego do szpitala, w którym przebywał 3 miesiące. Według słów chorego, w szpitalu za pomocą nakłucia wypuszczono z jamy brzusznej około 3 litrów żółtego, przezroczystego płynu. Po opuszczeniu szpitala, pomimo ciężkiej pracy chory około 8 mies. czuł się dobrze, dopiero przy końcu r. 1936 nagle podczas pracy wśród gwałtownych bólów w nadbrzuszu wystąpiły krwawe wymioty. Ponieważ powtarzały się one w ciągu dni następnych i towarzyszyły im czarne stolce, chory znowu skierowany został do szpitala na oddział wewnętrzny *dr T. Bartoszka* w Szpit. Przem. Pańsk. Przedtem nigdy nie chorował. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Wobec objawów skrwawienia się w oddziale moim choremu dwukrotnie przetoczono krew i po ustąpieniu krwotoków i uzyskaniu pewnej poprawy w stanie ogólnym przystąpiono w oddziale wewnętrznym do dokładnego zbadania.

Badanie krwi wykazało obraz wtórnej niedokrewności. Badanie narządu oddechowego i krążenia nie wykazało żadnych zmian. W obrębie jamy brzusznej stwierdzono obecność wolnego płynu, wyraźnie powiększoną wątrobę i wystającą z pod łuku żebrowego na 4 palce śledzionę. Wypuszczony w ilości około 2 l. płyn okazał się przesiękowym, a badanie jego, jak również krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny.

Badanie moczu nie wykazało odchyleń od stanu prawidłowego, natomiast badanie kału na krew utajoną kilkakrotnie wypadło dodatnio. Rentgenologiczne badanie przełyku wykazało, że wypełnia się on równomiernie i że brak ubytków cieniowych, przemawiających za obecnością żylaków. Żołądek zepchnięty nieco na prawo podobnie jak dwunastnica nie wykazuje żadnych zmian; chemizm żołądka nie odbiega od prawidłowego.

W ciągu 3-miesięcznego pobytu w oddziale wewn. chory stopniowo odzyskuje siły. Krwawienia, które ustąpiły już w pierwszych dniach, więcej się nie powtarzały, płyn z jamy brzusznej znikł, a obraz krwi stopniowo wrócił do normy. W chwili wypisywania ze szpitala stwierdzono tylko wystającą z pod łuku żebrowego na 2 palce śledzionę. Prawie w ciągu 10 miesięcy chory czuł się dobrze, dopiero na początku roku ubiegłego ponownie przywieziono go do szpitala w stanie ciężkim po kilku krwotokach żołądkowych. Badanie przedmiotowe wykazało te same zmiany, co podczas poprzedniego pobytu z tą różnicą, że stwierdzono obecność płynu w lewej opłucnej o charakterze przesiękowym.

Obraz krwi na początku taki, jak po ostrym krwotoku, w ciągu 3-mies. pobytu wraca do stanu prawidłowego; płyn w jamie opłucnej znika, tylko z pod lewego łuku żebrowego na 3 palce wy-

staje śledziona. Chory znowu jest wypisany w stanie dobrym z zaleceniem zgłoszenia się na operację. Po upływie tygodnia chory przybył na oddział chirurgiczny w stanie takim jak przy wyjściu z oddziału wewnętrznego. Z badań wykonanych w moim oddziale zwrócono uwagę na poziom cholesteryny we krwi i stan układu siateczkowo-śródbłonkowego w sensie szybkości wychwytywania z krwiobiegu barwnika Kongo. Poziom cholesteryny we krwi wynosił 210 mg%, a więc dowodził hypercholesterynemii; szybkość znikania z krwiobiegu barwnika okazała się zwolnioną, bowiem po upływie 4-ch godzin ilość barwnika we krwi wynosiła jeszcze 47.3%, gdy w warunkach prawidłowych wynosi ona około 25%. Badanie oporności krwinek nie wykazało żadnych odchyleń, nie zauważono też żadnych zmian w czasie krwawienia, krzepnięcia, ani w zachowaniu się kurczliwości skrzepu.

Rozpoznanie w danym przypadku nastręczało, jak zwykle w tego rodzaju przypadkach, wiele trudności. Mieliśmy tu do czynienia z tą postacią splenomegalii, którą cechują często powtarzające się krwotoki żołądkowe, jednakowoż bez objawów niedokrewności pierwotnej i zmian w składzie morfologicznym krwi. W tych warunkach w różniczkowaniu należało brać pod uwagę najbardziej wyodrębnione postaci chorobowe, a mianowicie zakrzep żyły śledzionowej, t. zw. zespół Bantiego w jego 3-cim okresie, oraz postać cechującą się powiększeniem śledziony z marskością wątroby.

Z cięcia skórnego w kształcie litery L otworzono jamę brzuszną i usunięto śledzionę więcej niż dwukrotnie powiększoną, zrośniętą za pomocą licznych płaszczyznowych zrostów z otoczeniem. Poza tym stwierdzono nieznaczną ilość płynu wolnego i małą, twardą, o powierzchni drobnoziarnistej wątrobę, tu i owdzie zrośniętą z otrzewną scienną. Po doszczętnym zaszyciu jamy brzusznej choremu przetoczono 250 cm krwi. Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań. Rana zagoiła się przez rychłozrost.

Drobnowidzowe badanie usuniętej śledziony wykazało zgrubienie torebki i beleczek, zwłóknienie w wielu miejscach miazgi czerwonej, ogniskową hemosyderozę oraz tu i owdzie wylewy krwawe. Opisywanego w chorobie Bantiego zwłóknienia grudek (fibroadenia) nie stwierdzono. Rozpoznanie: *tumor lienis chronicus.*

Badanie krwi wykonane kilkakrotnie w przebiegu pooperacyjnym nie wykazało żadnych odchyleń. Badanie poziomu cholesteryny we krwi po upływie 3-ech i 6-ciu tygodni po operacji ujawniło ilość: 132 i 138 mg%, natomiast badanie sprawności układu ś-s. wykazało jeszcze większe jego upośledzenie, bo po 4-ch godz. jeszcze 66% barwnika krążyło we krwi. Po 6-ciu tygodniach stosunki były takie same, jak przed operacją.

Biorąc pod uwagę kliniczny przebieg cierpienia, zmiany stwierdzone podczas operacji oraz wyniki badań drobnowidzowych, należy przypuścić, że mieliśmy tu do czynienia z powiększeniem śledziony z towarzyszącą mu marskością zanikową wątroby. Przeciwko zakrzepowi żyły śledzionowej przemawia brak urazu, przebytych ogólnych i miejscowych zakażeń, odgrywających zdaniem wielu autorów rolę przyczynową w powstawaniu zakrzepów, dalej badanie rentgenologiczne przełyku, i wreszcie zmiany stwierdzone podczas operacji, wykazujące brak obfitych splotów żylnych w więzadłach i zrostach, będących wyrazem obocznego krążenia w następstwie zatkania żyły śledzionowej. Przypadek ten nie należy również do zespołu Bantiego; pomijając bowiem brak zmian pierwotnych we krwi, badanie drobnowidzowe nie wykazało zwłóknienia grudek śledziony, co ma być charakterystyczne dla tej choroby.

Ograniczony czas przemówienia uniemożliwia szczegółowe omówienie tej postaci choroby. Nie brak autorów, którzy przeczą jej istnieniu, jako odrębnej jednostki nozologicznej, włączając ją do wspomnianego zespołu Bantiego. Nie brak jednak i takich, którzy, uważając ją za postać odrębną, przyczynę schorzenia upatrują w śledzionie, przypisując jej zdolność wytwarzania pewnych jadów, wywołujących marskość wątroby (cirrhogene splenotoxine).

Chory po upływie 9-ciu mies. od operacji zgłosił się na oddział i poddany został badaniu. Przez cały ten okres czasu czuł się dobrze, jednak nie miał odwagi wrócić do pracy. Szczegółowe badania narządów, a zwłaszcza krwi, nie wykazały żadnych zmian. Jedynie stwierdzono hypocholesterynemię i w dalszym ciągu upośledzoną czynność układu ś-s. w znaczeniu zdolności wychwytywania z krwiobiegu barwnika.

Hypocholesterynemia wskazywałaby, że śledziona odgrywa rolę w wytwarzaniu tego lipoidu, co byłoby w zgodzie z wynikami doświadczeń na zwierzętach, według których śledziona wytwarza i magazynuje cholesterynę. Z drugiej strony byłaby ona zjawiskiem niepomyślnym ze względu na rolę, jaką odgrywa w procesach obronnych ustroju. Zgodnie bowiem ze spostrzeżeniami *Chauffarda* i jego szkoły nadmiar cholesteryny we krwi odpowiada okresowi zwiększonej odporności ustro-

ju, zaś zmniejszenie jej zbiega się z okresem mniejszej odporności.

W odniesieniu do naszego przypadku zjawisko to budziłoby obawę niebezpieczeństwa zakażenia tym bardziej, że jak to widać z badań układu ś-s. czynność jego jest upośledzona. Jednak z badań na zwierzętach, a także nielicznych spostrzeżeń u ludzi wynika, że po usunięciu śledziony — tego największego rezerwuaru układu ś-s. — pozostały układ (szpik kostny, gruczoły chłonne, wątroba) ulega anatomicznemu i czynnościowemu przerostowi, który wyrównywa brak śledziony. W wątrobie przejawia się to zwiększeniem ilości komórek Browicz-Kuppfera. Jesteśmy tu więc świadkami jak gdyby splenizacji wyrównawczej pozostałego układu. Tempo tej splenizacji jest dosyć powolne i u zwierząt spostrzegano ją dopiero po upływie miesięcy.

W przedstawionym przypadku proces ten jeszcze prawdopodobnie nie wystąpił; jednak, jeżeli słuszna jest teoria, że przyczyną tej choroby są wytwarzane przez śledzionę jady, wywołujące marskość i upośledzenie czynności całego układu ś-s, to po usunięciu jej marskość wątroby powinna ulec zahamowaniu, a jej zdolność regeneracyjna — przywróceniu, co pozwala na pomyślne rokowanie.

Dyskusja:

Dr Goldstein zajmował się już dawniej razem z *doc. Kleinem* usuwaniem śledziony w niektórych schorzeniach i doszedł do wniosku, podobnie jak inni autorzy, że dobre wyniki po usunięciu śledziony otrzymać można tylko w żółtaczce hemolitycznej i trombopenii samoistnej. Przypadki z marskością wątroby — dobrych wyników nie dają, i dlatego odnosi wrażenie że w demonstrowanym przypadku rokowanie jest niepomyślne.

Doc. W. Ostrowski: Najbardziej uzasadnioną koncepcją z wysuniętych przez prelegenta jest ta, według której powiększenie śledziony traktuje się jako sprawę związaną ze schorzeniem wątroby, mianowicie jej marskością, stwierdzoną zresztą naocznie podczas operacji. W tych warunkach operacja usunięcia śledziony wydaje się całkowicie uzasadnioną i to nie tylko ze względu na bodźce toksyczne ze strony śledziony na wątrobę, ale również i z innych względów. Mianowicie w piśmiennictwie ostatniej doby nie brak doniesień, świadczących o tym, że wycięcie pewnych narządów brzusznych wpływa dodatnio na stan wątroby marskiej, zapobiega powstawaniu wodobrzusza, względnie je leczy wprost przez zmniejszenie ilości krwi przepływającej przez żyłę wrotną. Wychodząc z tego założenia w jednym z własnych przypadków marskości wątroby z wodobrzuszem wyciąłem z dobrym wynikiem długi odcinek jelita cienkiego (130 cm). Podobne działanie może oczywiście spowodować również wycięcie śledziony i na tej właśnie drodze można tłumaczyć spostrzeganą w przedstawionym przypadku poprawę; obecność mniejszej ilości krwi w dopływach żylnych do żyły wrotnej powinna zapobiegać krwawym wymiotom. Mimo wszystko dalsze losy chorego wypada uznać za niepewne.

Dr T. Sokołowski:

PLASTYKA WIĘZADŁA W PRZYPADKU STAWU RZEKOMEGO RZEPKI

((Streszczenie własne)

Przedstawiam chorego, którego dzieje są następujące: Przed trzema laty doznał złamania rzepki. W Szpitalu Przem. Pańsk., w którym go leczono, nie podjęto operacji, uważając że rozejście się więzadła jest nieznaczne. Leczono opatrunkiem gipsowym. Po 3 miesiącach, gdy już dość dobrze chodził, nastąpiło po potknięciu się ponowne rozejście się odłamków rzepki. Wtedy *dr Tokarski* w ówczesnej Klinice Chir. I wykonał operację — zeszycie więzadła. Ale po kilku miesiącach chory zgłosił się do Instytutu Chir. Uraz. z szerokim rozejściem się fragmentów, które widać na zdjęciu (rys. 11, str. 133). Czynność m. czworogłowego była znacznie upośledzona.

Po odchyleniu płata skórnego przerzuciłem pomiędzy fragmentami rzepki przeszczep wzięty z powięzi szerokiej uda. Jak Panowie widzą, wynik jest doskonały. Nastąpił przerost czynnościowy przeszczepu, czynność m. czworogłowego uda jest teraz prawidłowa. Ruchy stawu kolanowego bez ograniczeń, chory całymi dniami pracuje i chodzi.

Przedstawiony przypadek świadczy o podrzędnej roli rzepki, a podstawowej więzadła m. czworogłowego dla ruchów i sprawności stawu kolanowego — podobnie jak przedstawiony dawniej przypadek, w którym usunąłem rzepkę całkowicie, a w miejsce ubytku wszczepiłem płat powięzi. Obec-

ny przypadek był chronologicznie wcześniejszy, i dopiero w następnym poszedłem dalej, usuwając rzepkę.

Dyskusja:

Dr Tokarski: Przed kilku laty operowałem tego chorego, nakładając okrężny szew jedwabny i szwy catgutowe, łączące zerwane więzadło. Wynik pooperacyjny był bardzo dobry. Chory jednak wbrew zaleceniom już po 5-u tyg. zaczął jeździć na rowerze, co doprowadziło do ponownego pęknięcia rzepki. Rzepkę i więzadło zeszyto po raz drugi i dalszy los chorego nie był mi wiadomy, gdyż z powodu zamknięcia kliniki został on przeniesiony na inny oddział.

Doc. J. Rutkowski:

PRZYPADEK WSZCZEPIENIA WSPÓLNEGO PRZEWODU ŻÓŁCIOWEGO DO KIKUTA DWUNASTNICY.

(Streszczenie własne)

Chory M. W. lat 24, z zawodu krawiec, zgłosił się dn. 7.X 38 r. na oddział z powodu bólów w dole brzucha, występujących w ½ — 1 godz. po jedzeniu, wymiotów i ogólnego osłabienia. Dolegliwości te istnieją od czterech tygodni, jednakże zgagę, odbijanie po jedzeniu i zaparcie stolca ma już od kilku lat. Od tego czasu ubyło mu kilkanaście kilo na wadze. Przed trzema laty miał usunięty wyrostek robaczkowy i operację „na dwunastnicy" (jaką — chory nie wie).

Stan obecny: chory wzrostu małego, wychudzony, blady, budowy prawidłowej. Ciepłota i tętno prawidłowe, ciśnienie krwi 110/75, krew i mocz bez odchyleń od normy, stosunki w klatce piersiowej poza głuchymi tonami serca, prawidłowe. Brzuch zapadnięty, wzdłuż bocznego brzegu prawego mięśnia prostego prawidłowa blizna pooperacyjna sięgająca od łuku żebrowego w dół prawie do więzadła pachwinowego. Przy wymacywaniu bolesność brzucha największa na poziomie pępka w prawo od linii środkowej i ponad lewym talerzem biodrowym. Wątroba i śledziona niemacalne. Badanie kału na krew utajoną wypadło dodatnio (po trzydniowej diecie bezmięsnej i bezchlorofilowej). Badanie rentgenowskie (30.IX) dało wynik następujący: Gładkie kontury obu krzywizn żołądka, który jest poszerzony, o miskowatej postaci, ortotoniczny. Odźwiernik w postaci wąskiej smugi. Opuszka dwunastnicy w nieregularnych zarysach. Części górnej, poziomej dwunastnicy oraz części zstępującej nie widać. Mimo mechanicznego ucisku nie udało się przecisnąć barytu do dalszych odcinków dwunastnicy. W żołądku po 6 godzinach zalega ⅓ barytu *(Dr E. Lubelczyk).* Rozpoznanie rentgenowskie: zrosty w poziomej górnej oraz w zstępującej części dwunastnicy z okolicą wątroby, częściowa niedrożność.

Wobec powyższych danych rozpoznano zwężenie odźwiernika na tle wrzodowym z dużym zaleganiem pokarmu w żołądku, i dnia 13.X 38 r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Operację wykonano w znieczuleniu miejscowym i uśpieniu sennarkolem; cięcie powłok zrobiono pośrodkowo w nadbrzuszu. W jamie brzusznej natrafiono na bardzo rozległe zrosty części odźwiernikowej żołądka i dwunastnicy z wątrobą, z zagięciem wątrobowym okrężnicy oraz trzustką. W okolicy odźwiernika wyczuto twardy, o nierównej powierzchni guz wielkości orzecha włoskiego.

Postanowiono ze względu na obecność guza, pomimo przewidywanych dużych trudności, wykonać wycięcie żołądka wraz z guzem. Podczas oddzielania zrostów, przeważnie na ostro, stwierdzono kolankowate zagięcie dwunastnicy między jej górną częścią poziomą a częścią zstępującą.

Najpierw przecięto część doustną żołądka i założono zespolenie z jelitem czczym sposobem Wilmsa-Mikulicza, następnie zaś przecięto dwunastnicę i zaszyto jej kikut. Przy oddzielaniu zrostów w tej okolicy i odseparowywaniu guza w pewnej chwili przecięto wspólny przewód żółciowy, z którego zaczęła wypływać żółć. Po wydzieleniu na niewielkiej przestrzeni przewodu (obwodowy jego koniec zamknięto podwiązką) wszczepiono go skośnie przez specjalny otwór do kikuta dwunastnicy (mniej więcej technika Witzel'a). Ranę powłok zaszyto doszczętnie, w okolicy kikuta dwunastnicy założono pas gazy, który wypuszczono przez specjalny otwór zrobiony w ścianie brzusznej z boku. Początkowo stan chorego był ciężki, jednak po dwóch przetaczaniach krwi zaczął się on szybko poprawiać. Przez pozostawiony otwór w ciągu miesiąca wydzielała się obficie żółć; otwór ten wkrótce się zagoił, jednak zamiast niego w dawnej bliźnie pooperacyjnej (po usunięciu wyrostka robaczkowego) wytworzyła się uporczywa i przykra przetoka dwunastnicza, która trwała przeszło dwa miesiące. Zastosowano na

początku dietę Wohlgemuta, bezwęglowodanową; pomagało to mało, i dopiero po przeprowadzeniu kuracji głodowej przetoka zagoiła się na stałe. Obecnie chory czuje się bardzo dobrze, przybył na wadze przeszło 10 kg, rentgenogram wykazuje dobre opróżnianie się żołądka. Badanie mikroskopowe wrzodu (*Dr J. Dąbrowska)* cech nowotworowych nie wykazało.

Doc. B. Szerszyński i Dr J. Majewski:

PRZYPADEK TĘTNIAKA TĘTNICZO-ŻYLNEGO.

(Streszczenie własne)

Dr Majewski:

Chory lat 27 został przywieziony do szpitala 8.I 39 r. z raną kłutą przedniej powierzchni lewego uda. Krwawienie z rany drobne, bólów nie odczuwa — porusza kończyną swobodnie, tak iż mógłby chodzić.

Osobnik wyjątkowo dobrze zbudowany i ogólnie zdrowy. Prócz ospy, przebytej w młodości, żadnych innych chorób nie przechodził.

Stan obecny: W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian chorobowych brak. Granice serca w normie, tętno miarowe, dobrze wypełnione, 68/min.

Na przedniej powierzchni lewego uda w połowie jego długości drobna ranka kłuta w kształcie litery Y — o długości ramion 4 — 5 mm. Brzegi ranki cięte ostro i pokryte skrzepłą krwią. Skóra podudzia sina i zimna. Tętno na udzie w porównaniu ze stroną zdrową odchyleń nie wykazuje, obwodowo zaś od ranki, tak na tętnicy podkolanowej, jak i na stopie, wyczuć się nie daje. Nie ulegało wątpliwości, że mamy do czynienia z obrażeniem tętnicy udowej; jednak wobec braku wskazań do natychmiastowego wkroczenia unieruchomiliśmy kończynę w szynie, pouczając personel o zachowaniu się w nocy. Nazajutrz: chory nie odczuwa żadnych bólów, kończyna ciepła, kolor skóry normalny. Tętno pod kolanem i na stopie jakkolwiek słabsze niż na kończynie zdrowej, wyczuwa się wyraźnie.

Ostrożne omacywanie i osłuchiwanie w okolicy rany nie wykrywa żadnego guza ani szmerów naczyniowych.

10.I. Stan bez zmian. Temperatura skórna, mierzona na obu kończynach, wykazuje zwyżkę 0,15° na podudziu chorym.

Pomiary ciśnienia, dokonane później na obu kończynach, dały wyniki:

	Kończyna prawa	Kończyna lewa
górna połowa uda	155/77	157/70
dolna „ „	155/70	110/70
podudzie	140/70	95/60

Oscylometria podudzi przy tych liczbach ciśnienia dała wahania 5 podziałek po stronie zdrowej i 1,5 po stronie chorej.

W 5 dni po wypadku wystąpił na udzie chorym szmer, wyczuwalny dotykiem, jako słaby z głębi idący pomruk. Osłuchowo szmer ten miał charakter szumu; od czasu do czasu zjawiały się szmery szorstkie, piłujące. Zjawiska te zaznaczały się najwyraźniej w okolicy zagojonej już ranki i słabły w miarę oddalania się od niej — znikały w odległości 4 — 5 cm. Chory odczuwał je jako niepokojące, lecz niebolesne bulgotanie.

Badanie serca wykazało szmer skurczowy na zastawce dwudzielnej.

18.I. Chory nie odczuwa żadnych dolegliwości i mimo zaleceń pozostawania w łóżku podnosi się często i chodzi w szynie.

Badanie serca wykazuje powiększenie jego granic we wszystkich kierunkach o 1 palec poprzeczny i niestały szmer skurczowy na zastawce dwudzielnej.

Kończyna ciepła, sprawna. W okolicy blizny wyczuwa się głęboki guz, lekko tętniący, o kształtach nieregularnych, wielkości orzecha włoskiego. Szmery na tętnicy są wyraźniejsze i słyszalne aż w pachwinie i pod kolanem.

8.II. Dokonano arteriografii thorotrastem, która wykazała owalny cień wielkości i kształtu kurzego jaja, leżący w częściach miękkich po wewnętrznej stronie kości udowej oraz wyraźny kontur naczyń biegnących w górę i w dół od owalnego cienia.

16.II. Powtórna arteriografia uroselectanem. Dokonano jej w ten sposób, że po ucisku tętnicy i żyły w pachwinie wlano do tętnicy całą dawkę kontrastu, po czym, sfolgowawszy ucisk na 1 sek. wykonano zdjęcie. Otrzymane zdjęcie (rys. 1) daje wyraźny rysunek tętnicy i jej rozgałęzień aż do połowy uda, gdzie rysuje się również jajowaty cień worka słabiej wypełniony kontrastem. Tętnica jest szersza, niż to bywa w warunkach normalnych (pokaz zdjęcia porównawczego tętnicy zdrowej innego chorego). Na zewnątrz tętnicy

biegnie cień żyły, rozszerzonej wraz z jej rozgałęzieniami. Poniżej guza obraz jest mniej wyraźny, jednak widać węższą i słabiej zarysowaną tętnicę, biegnącą aż do dołu podkolanowego. Żyła leży po stronie przyśrodkowej tętnicy, jest szersza niż w górnej części i zawiera więcej kontrastu.



Rys. 1.

Zdjęcie serca wykazuje powiększenie jego konturów.

Szmery naczyniowe, które zmieniały charakter co do jakości i nasilenia, od 3 tyg. wahaniom nie ulegają.

Opis chorej kończyny w dniu dzisiejszym brzmiałby tak: drobna blizna w środku uda na przedniej powierzchni — lekko pulsująca. W pozycji zgięcia i odwrócenia kończyny widać na wewnętrznej powierzchni uda w częściach miękkich rozlaną pulsującą wyniosłość. Ręką ułożoną płasko na tej wyniosłości wyczuwa się tętnienie z jednoczesnym pomrukiem, synchronicznym z tętnem. Skóra na obu kończynach nie wykazuje różnic w ciepłocie. Obmacywanie głębsze, zwłaszcza w pozycji zgięcia i odwrócenia, wykrywa w częściach miękkich pulsujący guz nie mający określonego kształtu ani ostrych granic.

Równomierny ucisk na guz wywierany coraz silniej doprowadza do tego, że w pewnym momencie pomruk ginie zupełnie, a tętno spada o 8 uderzeń na 1'. Prowadząc rękę dogłowowo, doogonowo oraz na boki od guza czuje się ten pomruk słabnący stopniowo, dokoła uda na wysokości guza i wzdłuż naczyń w dole podkolanowym i pod więzadłem Pouparta. Ucisk na tętnicę w tym miejscu znosi pomruk. Osłuchowo na guzie wykrywa się 2 szmery, układające się w ten sposób, że na tle stałego miękkiego szumu występuje dodatkowo w regularnych odstępach ostry piłujący szmer, synchroniczny z tętnem. Całość wrażenia daje podobieństwo do oddechu parowozu. Posuwając słuchawkę ku górze słyszy się obydwa szmery, słabnące stopniowo, aż do więzu Pouparta, pod którym piłujący szmer skurczowy przybiera charakter bicia młotem. Obwodowo od guza szmery słabną stopniowo i znikają poniżej dołu podkolanowego. Na piszczeli, dzięki jej silniejszemu przewodnictwu, słychać je aż do stawu skokowego. Ucisk naczynia w dole podkolanowym wzmaga wyraźnie natężenie tych szmerów.

Z rozwoju i opisu sprawy nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z tętniakiem tętniczożylnym (t.t.-ż.) naczyń udowych.

Istotną cechą tętniaka t.-ż. jest sama przetoka między żyłą a tętnicą, wytworzenie zaś worka na jednym naczyniu lub pomiędzy naczyniami jest rzeczą drugorzędną i nie zawsze przychodzi do skutku.

Tętniak prawdziwy jest przepukliną naczyniową; worek jego zawiera wszystkie składowe części naczynia prócz mięśniówki i tylko wyjątkowo nie zawiera w sobie skrzepów krwi. W odróżnieniu od niego worek tętniaka t.-ż. składa się z łącznotkankowo zorganizowanego pierwotnego krwiaka i prawie nigdy nie bywa wypełniony skrzepami.

Fakt ten najzupełniej tłumaczy brak powikłań w postaci zatorów i zgorzeli obwodowej, jak to miewa miejsce w tętniaku prawdziwym. Tkanki miękkie, wśród których rośnie worek tętniaka, odpowiadają stanem zapalnym i wytworzeniem twardych zrostów dookoła niego, co niezmiernie utrudnia zabieg operacyjny.

Jeżeli chodzi o tętniaki urazowe, których teren jest zawsze zakażony, to dochodzić tutaj może do ropienia i omyłek rozpoznawczych powodujących otwieranie worka tętniaka, jako ostrego ropnia.

Rozpoznanie tętniaka t.-ż. opiera się na cechach już wyszczególnionych, mianowicie:

1) stwierdzeniu stałego szmeru z jego wzmożeniem systolicznym (tzw. „thrill"); wzmożenie to miewa charakter syczący, podobny do dźwięku uciekania sprężonej pary, to znów szorstki, piłujący, wyczuwalny dotykiem, a nieraz słyszalny z daleka; szmery te przenoszą się daleko wzdłuż naczyń;

2) stwierdzeniu dodatniego tętna żylnego rozszerzonych i pokręconych żył, o ile te są dostępne do badania;

3) zachowaniu się szmerów po ucisku naczyń pod i nad guzem;

4) wywoływaniu spadku tętna po ucisku guza.

Rokowanie w tętniakach t.-ż. w porównaniu z tętniakami prawdziwymi jest dobre, pomimo, że samoistnie nie goją się prawie nigdy.

W odróżnieniu od tamtych pękają tylko wyjątkowo i nie prowadzą do zgorzeli.



Rys. 2.



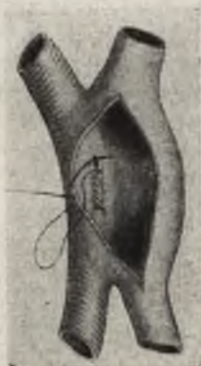
Rys. 3



Rys. 4.



Rys. 5.



Rys. 6.



Rys. 7.



Rys. 8.

Doc. Szerszyński: Przypadek powyższy pozwoliliśmy sobie przedstawić dla kilku względów:

1) Tętniaki tętniczo-żylne stanowią schorzenia rzadkie i nawet chirurdzy o dużym doświadczeniu rozporządzają niekiedy zaledwie paroma spostrzeżeniami, młodzi zaś, którzy nie przeżyli wojny, znają to schorzenie jedynie z podręczników.

2) W danym przypadku zastosowaliśmy względnie nową metodę badania, arteriografię, która pozwoliła bliżej wejrzeć w istniejące zmiany krążenia kończyny chorej. A więc widzimy rozszerzenie tętnicy udowej, przesunięcie żyły udowej ku zewnątrz od tętnicy, obecność worka wypełniającego się płynem kontrastującym, położonego zarówno po jednej jak i po drugiej stronie naczyń udowych, słabsze wypełnianie się kontrastem naczyń tętniczych poniżej worka i td. Dane te stanowić będą wskazówki podczas zabiegu operacyjnego.

3) Klasyfikacja tętniaków tętniczo - żylnych uległa w ostatnich latach pewnej zmianie, co stoi

w ścisłym związku ze zmianą sposobu operowania, przyjętą przez *Matasa, Moure'a* i wielu innych. Dawniej *Broca* rozróżniał: a) prostą przetokę tętniczo-żylną bez worka, b) tętniak żylakowaty pośredni, między tętnicą a żyłą, c) tętniak tętniczy łączący się z żyłą, d) tętniak żylny. *Grégoire* podaje bardziej prostą klasyfikację: a) przetoka tętniczo-żylna, b) tętniak tętniczo-żylny z workiem; w tej ostatniej kategorii *G.* rozróżnia kilka odmian w zależności od tego, czy worek jest prawdziwy, wytworzony z resztek ściany żyły lub tętnicy, czy też rzekomy, wytworzony z resztek krwiaka pierwotnego.

Niezależnie od powyższej klasyfikacji *Moure*, na podstawie doświadczenia zdobytego dzięki operowaniu tych tętniaków od wewnątrz worka, rozróżnia cztery odmiany: 1) mała przetoka między obu naczyniami, 2) większe uszkodzenie ściany tętnicy wraz z rozległym rozdarciem żyły; ciągłość tętnicy jest zachowana (rys. 2); 3) rozległe uszkodzenie obu naczyń z przerwaniem ciągłości tętnicy, co powoduje obecność w worku tętniaka dwóch otworów tętniczych i dwóch żylnych (rys. 3); 4) uszkodzenie naczyń w miejscu ich rozwidlenia (w górnej części uda, w dole podkolanowym, na szyi); w worku tętniaka znajdujemy 3 — 4 i więcej otworów tętniczych (rys. 4).

4) Jeżeli nieco szerzej omówiłem tu klasyfikację tętniaków tętniczo - żylnych na podstawie zmian anatomopatologicznych, to zrobiłem to dlatego, że dane te mają duże znaczenie dla ich operowania.

Dawna metoda operowania polegała na wydzieleniu worka i naczyń zespolonych, założeniu podwiązek na naczynia tworzące tętniak i wycięciu worka (metoda Delbeta). Ujemną stronę tej metody stanowi trudność wydzielania zarówno naczyń, jak i worka oraz często konieczność uszkodzenia krążenia obocznego wskutek podwiązania pnia tętnicy w znacznej odległości od połączenia tętnicy z żyłą (rys. 5). Dlatego w ostatnich latach coraz więcej zwolenników znajduje metoda *Matasa*, polegająca na dotarciu do połączenia tętniczo-żylnego wprost przez worek po uprzednim czasowym zatrzymaniu krążenia na kończynie za pomocą opaski gumowej. Po otworzeniu worka łatwiej zorientować się co do typu tętniaka, co do umiejscowienia połączeń naczyniowych, z takim trudem niekiedy wykrywanych podczas postępowania na zewnątrz worka. W razie stwierdzenia niewielkiego otworu w ścianie tętnicy zeszywamy go od wewnątrz, odtwarzając całość tętnicy (rys. 6). Gdy tętnica uległa zupełnemu rozerwaniu, wewnątrz worka zobaczymy dwa otwory tętnicy, które należy obkłuć lub zeszyć, zamykając zupełnie światło zarówno tętnicy doprowadzającej, jak i odprowadzającej (rys. 7). Gdy zachodzi potrzeba podwiązania tętnicy centralnej i obwodowej, łatwiej wydzielić je idąc od wewnątrz, niż na zewnątrz worka.

Wyższość metody *Matasa* (aneuryzmorafia) nad metodą *Delbeta* dowodzi zestawienie rys. 5 z rys. 8.

W naszym przypadku zamierzamy kierować się podczas operowania zasadami wypracowanymi przez *Matasa, Moure'a* i innych. Prawdopodobnie wypadnie zamknąć światło tętnicy centralnej i obwodowej przez założenie szwu wewnątrz worka lub podwiązanie obu odcinków tętnicy po wydzieleniu ich od wewnątrz tętniaka.

Z operacją czekamy do końca trzeciego miesiąca od zagojenia się rany, co uważane jest obecnie za konieczny warunek powodzenia, tak ze względu na możliwość zakażenia, jak i na cofnięcie się zmian w tkankach, co sprzyja pewności szwu naczyniowego.

5) Pozostaje do omówienia sprawa zmian w sercu i krążeniu, właściwych temu schorzeniu. Rozszerzenie, a w następstwie przerost ścian serca są wywołane napływem większej ilości krwi do niego i koniecznością wyrzucania przez serce większej ilości krwi w jednostce czasu. Rozległość tych zmian stoi w związku z szerokością połączenia tętnicy z żyłą. Jest to zjawisko czysto mechaniczne, hydrauliczne, niezależne od czynnika unerwienia naczyniowo-sercowego.

Po zoperowaniu tętniaka zmiany cofają się nawet u chorych z obrzękami i brzuszną puchliną istniejącą wskutek niedomogi serca. Jednak w doświadczeniach na psach *Leriche* i *Stulz* stwierdzili, że jeszcze po 4 miesiącach od operacji tętniaka wymiary serca nie wracają do normy i można przypuszczać, że nie wrócą nigdy. Z tego względu można mieć pewne zastrzeżenia co do zupełnego powrotu do zdrowia naszego chorego.

Dyskusja:

Dr Kołodziejski uważa, że lepiej z operacją się pospieszyć, gdyż im wcześniej operację wykonamy, tym mniej serce będzie zmienione.

Doc. Szerszyński zaznacza, że operację należy wykonać możliwie wcześnie ze względu na zmiany w sercu, jednak dopiero po upływie czasu, potrzebnego dla wygaśnięcia zakażenia oraz dla cofnięcia się zmian zapalnych w otoczeniu krwiaka.

Na zakończenie *Dr Łapiński i Dr Karpiński* wyłosili odczyt p. t. „Uśpienie dożylne eunarkonem".

Sekretarz: *Dr S. Tokarski.*

Doc. J. Mossakowski. Prezes Tow. Chir. Warsz.:

KRONIKA

ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH.

XXX Zjazd Chirurgów Polskich we Lwowie odbędzie się w dniach 17, 18 i 19 kwietnia 1939 r., a nie 16, 17 i 18 kwietnia 1939 r., jak mylnie podano w poprzednim komunikacie.

LIST DO REDAKCJI.

Redakcja otrzymała dnia 7.III następujące pismo:

Warszawa, dn. 28.II 1939 r

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o umieszczenie następującego sprostowania:

W zeszycie 1. b. r. „Chirurga Polskiego" w artykule *dr Z. Ambrosa* i *dr T. Sokołowskiego* zostało przypisane mi zdanie, którego nie wypowiedziałem. Myślę, że jest to tylko kwestią przypadku przypisanie mi zdania, że „rentgenogram jest charakterystyczny dla ogniska gruźliczego, a nie ropnego, bo jest *nasilenie* cienia"... W dyskusji zabierałem głos i moje przemówienie miało następujący sens: nasilenie cienia (uwapnienie) ogniska jest cechą charakterystyczną dla procesu wygojonego, które może odbywać się w dwóch kierunkach: na drodze przebudowy kości, a więc są wtedy widoczne baleczki kostne, zachowana jest struktura kości, i na drodze odkładania się soli wapniowych (na drodze dyfuzji). Procesy zapalne banalne kości i szpiku kostnego goją się zwykle drogą przebudowy, natomiast odkładanie wapnia na drodze dyfuzji odbywa się tam, gdzie jest zanik naczyń krwionośnych, gdzie ziarnina uległa zmianom wstecznym (analogicznie do zwapnienia zserowaciałych gruczołów chłonnych). Wobec tego, że na rentgenogramie omawianego przypadku widzimy wygojone już ognisko, nie widzimy procesu przebudowy kości, tylko złogi wapniowe, należy przypuszczać, że było to ognisko o charakterze ziarniny, które uległo zmianom wstecznym i zwapnieniu. Zmiany takie odpowiadają prędzej ognisku gruźliczemu, a nie ropnemu.

Co się tyczy meritum sprawy — nie widzimy na rentgenogramie wznowy sprawy zapalnej ani przebicia się ropnia z kości, co byłoby niewątpliwie widoczne na rentgenogramie, a zwykły zropiały krwiak okolicy krętarza też da podobne objawy.

Proszę przyjąć wyrazy poważania

Dr Henryk Levittoux.

ODPOWIEDŹ.

W odpowiedzi na pismo cytujemy w przedruku ustęp z przemówienia Dra *Levittoux* na posiedzeniu Tow. Chir. Warsz. (p. Chir. Polski 11/III, str. 747):

„Co się tyczy przypadków demonstrowanych, to mam wątpliwości, czy przypadek III jest ropniem Brodiego. Widzimy w nim bowiem ogniskowe *nasilenie* [1]) cienia rentgenowskiego, co by świadczyło o uwapnieniu ogniskowym, a nie rozrzedzeniu. A przecież właśnie ognisko rozrzedzenia, tylko z otoczką sklerotyczną, jest charakterystyczne dla ropni Brodiego... Dlatego też przypadek ten raczej należy traktować , jako wygojone ognisko *gruźlicze* [1]), niż jako ropień Brodiego".

Co się tyczy meritum sprawy, to rzeczywiście jesteśmy odmiennego zdania: 1) uważamy że bezpostaciowe ognisko nasilenia cienia w szyjce k. udowej świadczy w naszym przypadku o wczesnej martwicy, 2) my wznowę widzimy w postaci zaznaczonego obrąbka rozrzedzenia dokoła plamy nasilenia cienia, 3) nie uważamy za „niewątpliwe", żeby ostry stan zapalny kości musiał dać na rentgenogramie widoczną drogę przebicia się ropnia.

Dr Z. Ambros.
Dr T. Sokołowski.

[1]) Podkreślenia nasze.

„BIJOTOL-GĄSECKI"

(Bismuthum Jodo-Thymolicum)

Do skromnego zasobu środków antyseptycznych, stosowanych w dermatologii, ginekologii i chirurgii, przybywa nowy związek syntetyczny „BIJOTOL-GĄSECKI," który swym działaniem przewyższa wiele innych dotychczas znanych.

„BIJOTOL-GĄSECKI" został otrzymany przez związanie reszt wodorotlenowych w dwujododwutymolu za pomocą jodu i bizmutu. Zawiera około 43% jodu i 23% bizmutu.

„BIJOTOL-GĄSECKI" jest proszkiem ceglasto-czerwonym, bez zapachu, bardzo mało rozpuszczalnym w wodzie, trwałym na światło i wilgoć, o wybitnym działaniu b a k t e r i o b ó j c z y m.

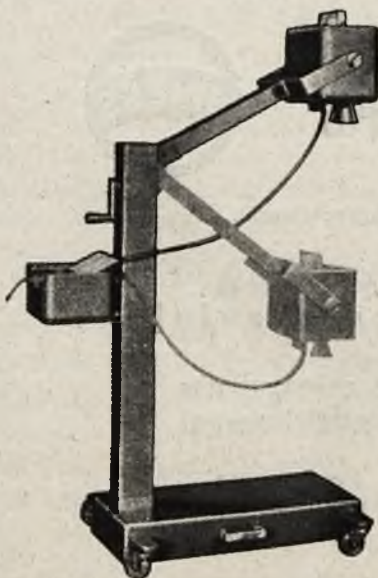
Tak wybitne działanie antyseptyczne „BIJOTOLU-GĄSECKI" należy przypisać jego budowie i składowi chemicznemu (jod i bizmut obecne w pierścieniu tymolowym).

Działanie poszczególnych składników „BIJOTOLU-GĄSECKI" są ogólnie znane i cenione, naprz. tymol posiada szeczególne własności zabójcze dla ustrojów mało lub wcale niezróżnicowanych, jak to: pełzaki, wiciowce, wymoczki, czerwie jelitowe, krętki blade, prątki Ducrey'a, drobnoustroje ropotwórcze itp. Przy zetknięciu się z zaczynami tkankowymi „BIJOTOL-GĄSECKI" oddziela jod IN STATU NASCENDI, którego własności bakteriobójcze potęgują się wielokrotnie synergetycznym działaniem tymolu w obecności bizmutu. **DOŚWIADCZENIA KLINICZNE** wykazały, że własności antyseptyczne „BIJOTOLU-GĄSECKI" znacznie przewyższają działanie innych podobnych środków, a jego zalety wzmagają się przez **ZUPEŁNY BRAK WŁASNOŚCI DRAŻNIĄCYCH**, co jest bardzo pożądane przy leczeniu.

WSKAZANIA: Owrzodzenie części płciowych, Ulcus durum, Ulcus molle, Lymphogranuloma inguinale itp., oraz owrzodzenia błon śluzowych i skóry, wywołane drobnoustrojami, grzybami lub pleśniakami. Stosuje się **PER SE** jako przysypka lub w 5 — 10% maściach, czopkach, gałkach pochwowych, do przyrządzania gazy i waty **BIJOTOLOWEJ** itp.

Broszura odwrotnie. Próbki lekarskie na żądanie gratis.

Mokotowska Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna — **Adolf Gąsecki i Synowie Sp. Akc.** — Oddział Chemiczny w Pruszkowie — **w WARSZAWIE ul. Belgijska nr 7**



APARATY RENTGENOWSKIE

dla celów chirurgicznych statyczne, przenośne oraz przesuwno-przyłóżk.

APARATY LAMPOWE DO DIATERMII KRÓTKOFALOWEJ

z przystosowaniem do kauteryzacji i chirurgii elektrycznej

URZĄDZENIA LAMPOWE

do sterylizowania zapomocą ultrafiołkowych promieni bakteriobójczych, inaczej „rentschleryzacji"

PRZODUJĄCEJ NA ŚWIATOWYM RYNKU ELEKTROMEDYCZNYM FIRMY:

WESTINGHOUSE, New York

Jen. Zastępstwo na P o l s k ę

INŻ. E. MOSZKOWSKA

W A R S Z A W A, PIERACKIEGO 17. TELEFON 503-20

Szybka dostawa — Fachowa obsługa — Dostępne ceny — Dogodne warunki spłat.

Oryg. części zapasowe i zamienne stale na składzie. Prospekty, kosztorysy i oferty na żądanie.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA” Nowy-Świat 54, tel. 615-56 i 242-40

OD ADMINISTRACJI:

UPRZEJMIE ZAWIADAMIAMY NINIEJSZYM SZANOWNYCH KOLEGÓW PRENUMERATORÓW, IŻ DO BIEŻĄCEGO ZESZYTU „CHIRURGA POLSKIEGO" DOŁĄCZAMY BLANKIETY NADAWCZE P. K. O. Z PROŚBĄ O POKRYCIE PRENUMERATY ZA I I II KW.

DLA TYCH SZANOWNYCH KOLEGÓW, KTÓRYM WPŁACANIE DO P. K. O. OKAŻE SIĘ NIEDOGODNE, PRZEŚLEMY W MAJU ZLECENIA INKASOWE DO URZĘDU POCZTOWEGO Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O UISZCZENIE PRENUMERATY ZA I I II KW. „CHIRURGA POLSKIEGO" NA RĘCE DORĘCZYCIELI.